Feb * 2.19

R39679

LE

NOUVEAU-NÉ

LE

NOUVEAU-NÉ

PHYSIOLOGIE — HYGIÈNE — ALLAITEMENT

MALADIES LES PLUS FRÉQUENTES ET LEUR TRAITEMENT

PAR

LE Dr A. AUVARD

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX DE PARIS

(Extrait, avec quelques modifications, du *Traité pratique d'accouchements*, du même auteur.)

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, EDINB. LIBRARY

Avec 17 figures dans le texte.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1890

CALENDRIER OBSTÉTRICAL

POUR CALCULER

D'APRÈS LA MENSTRUATION

L'ÉPOQUE PROBABLE DE L'ACCOUCHEMENT

JANVIER	1	5	10	15	20	25	31	OCTOBRE	10	15	20	25	31	NOVEMBRE	1	5	10
FÉVRIER	1	5	10	15	20	25	28	NOVEMBRE	10	15	20	25	30	DÉCEMBRE	1	5	10
MARS	1	5	10	15	20	25	31	DÉCEMBRE	10	15	20	25	31	JANVIER	1	5	10
AVRIL	1	5	10	15	20	25	30	JANVIER	10	15	20	25	31	FÉVRIER	1	5	10
MAI	1	5	10	15	20	25	31	FÉVRIER	10	15	20	25	28	MARS	1	5	10
JUIN	1	5	10	15	20	25	30	MARS	10	15	20	25	31	AVRIL	1	5	10
JUILLET	1	5	10	15	20	25	31	AVRIL	10	15	20	25	30	MAI	1	5	10
AOÛT	1	5	10	15	20	25	31	MAI	10	15	20	25	31	JUIN	1	5	10
SEPTEMBRE	1	5	10	15	20	25	30	JUIN	10	15	20	25	30	JUILLET	1	5	10
OCTOBRE	1	5	10	15	20	25	31	JUILLET	10	15	20	25	31	AOÛT	1	5	10
NOVEMBRE	1	5	10	15	20	25	30	AOÛT	10	15	20	25	31	SEPTEMBRE	1	5	10
DÉCEMBRE	1	5	10	15	20	25	31	SEPTEMBRE	10	15	20	25	30	OCTOBRE	1	5	10
FIN DES DERNIÈRES RÈGLES								ACCOUCHEMENT.									

EXPLICATION DU TABLEAU

Ce tableau se divise en deux cadres le premier concernant la fin des dernières règles, le second l'accouchement.

Pour calculer, en se basant sur la dernière menstruation, l'époque probable de l'accouchement, chercher dans le premier cadre le mois et l'intervalle se rapportant au *jour terminal* des dernières règles, suivre, en montant, la colonne correspondante, puis la direction de la flèche brisée placée en haut, conduisant à la colonne du second cadre où on trouvera la date cherchée ; descendre cette seconde colonne jusqu'à la ligne horizontale correspondant à celle du point de départ, on aura ainsi l'intervalle de 5 jours pendant lequel se fera probablement l'accouchement.

Exemple : dernières règles *finies* le 18 février, je pars dans le premier cadre de la ligne verticale séparant le 15 et 20 février, je suis en haut la flèche correspondante, qui me conduit en revenant à la ligne horizontale du point de départ au 25-30 novembre. — C'est donc du 25 au 30 novembre qu'aura probablement lieu l'accouchement.

TABLE ANALYTIQUE

Introduction. 9

I. Phénomènes physiologiques 17

1. Poids.
2. Température. — Circulation. — Respiration. 23
3. Cordon. 25
4. Dentition. 26
5. Digestion. 30
6. Phénomènes cutanés. 31

II. Hygiène. . . . . .

1. Vue. 33
2. Sommeil. — Cris. 33
3. Vêtements 34
4. Toilette. 35
5. Température. — Couveuse. 36
6. Chambre. — Berceau. 39
7. Sortie. 40
8. Vaccination. 40

III. Allaitement. . . . . .

1. Allaitement maternel. 41
2. Allaitement par une nourrice. 59
3. Allaitement par un animal. 63
4. Allaitement artificiel. 63
5. Succédanés du lait. — Allaitement mixte. 66
6. Direction générale de l'allaitement. — Sevrage. 67

IV. Pathologie . . . . . .

1. Coryza 69
2. Cyanose. — Œdème et sclérème. — Hypothermie. 70
3. Ophtalmie. 71
4. Mammite. 72
5. Impetigo et eczéma (gourmes). 73
6. Muguet. 73
7. Vomissements. 74
8. Diarrhée. — Constipation. 75
9. Erythème. 75
10. Athrepsie. 76
11. Choléra infantile. 79
12. Ictère. 80
13. Convulsions. 80
14. Mort subite. 83

Table alphabétique des matières. 83

INTRODUCTION

L'hygiène de l'enfant commence à la conception. Elle dépend depuis ce moment et dans tout le cours de la grossesse des conditions dans lesquelles se trouve la mère.

Heureux débuts dans la vie pour l'enfant si sa mère est d'une santé satisfaisante, funestes, au contraire, s'il en est autrement.

C'est donc de la gestante qu'il faut s'occuper en premier lieu ; c'est à elle que doivent s'adresser les avis et les prescriptions, qui l'aideront à mettre au monde un être d'une constitution robuste.

Avant tout l'usage de vêtements serrés doit être soigneusement évité ; le *corset de grossesse* est à conseiller à partir du quatrième mois. — L'emploi d'une ceinture soulagera les femmes, dont la paroi abdominale a été affaiblie par des grossesses antérieures.

A moins de troubles digestifs sérieux l'alimentation ne sera pas modifiée. — Les vomissements ne réclament un traitement spécial, que s'ils deviennent graves. — La constipation, d'habitude exagérée, sera combattue à l'aide de lavements (avec huile, glycérine, ou miel) ou de laxatifs buccaux (rhubarbe, cascara sagrada, eaux de Montmirail, de Villacabras, etc.). — Déconseiller les purgatifs énergiques.

Toute fatigue excessive, les exercices violents (équitation, danse) sont défavorables à la grossesse ; il en est de même des longs voyages en chemin de fer ou sur mer ; certaines femmes peuvent cependant continuer à subir toutes sortes de fatigues sans inconvénient. — Un exercice modéré sera par contre salutaire, telle une promenade quotidienne de une à deux heures à pied ou en voiture.

La fausse couche étant plus fréquente pendant l'époque correspondant à la menstration, les conseils de prudence s'adresseront surtout à cette période.

Les bains de pied chauds, capables d'amener un flux rapide de sang vers les extrémités inférieures sont mauvais.

L'hydrothérapie (douche en pluie et en jet sur la colonne vertébrale) pourra être continuée

sans dangers pendant la grossesse, si la femme a été soumise à ce traitement depuis un certain temps; elle est même favorable à beaucoup de gestantes, de même que l'usage du tob anglais, mais il faut éviter de commencer cette médication pendant le cours même de la grossesse.

Les bains froids de rivière et de mer seront sans inconvénients, si la grossesse est normale et la femme bien portante; craindre seulement la fatigue qui peut en résulter.

Les bains chauds sont généralement favorables à la condition d'être courts (un quart d'heure au maximum), d'être pris à la température de 30 à 35° et d'être répétés seulement tous les quinze jours, et toutes les semaines dans le dernier mois de la grossesse.

Les toilettes des organes génitaux sont également salutaires; mais, même chez les femmes qui en ont l'habitude, les injections vaginales doivent être proscrites avant les quinze derniers jours, à cause des traumatismes sur l'utérus que peut exercer la mauvaise direction de la canule, ou le jet trop violent du liquide. — Ces injections toutefois seront nécessaires dans certains cas que saura apprécier l'accoucheur, quand il existe par exemple de la vaginite ; il faudra alors les prescrire pendant le dernier ou les deux derniers mois

de la gestation. — Durant les quinze derniers jours de la grossesse, alors que l'accouchement prématuré n'est plus à craindre ou est sans importance, il est bon, au point de vue antiseptique, de faire prendre une injection quotidienne avec une solution de bichlorure de mercure au $\frac{1}{4,000}$; il sera de plus nécessaire de pratiquer soi-même, pendant ce laps de temps, un ou deux lavages très complets du vagin, du col et de la vulve.

Après l'accouchement, quand les suites de couches sont normales, la femme reprend graduellement sa vie ordinaire en se conformant aux préceptes suivants :

PREMIÈRE QUINZAINE. — *Lit.*

Première semaine.

Première moitié. — Décubitus dorsal.

Deuxième moitié. — Décubitus latéral ou dorsal à volonté.

A la fin l'accouchée peut être momentanément couchée sur un autre lit, de manière à faire complètement celui sur lequel elle se trouvait.

Deuxième semaine.

Première moitié. — On peut soulever la tête à l'aide de 2 à 3 oreillers.

Deuxième moitié. — L'accouchée peut s'asseoir complètement sur son lit, pour donner le sein, manger, etc.

A la fin de la deuxième semaine, lever[1].

DEUXIÈME QUINZAINE. — *Appartement ou habitation.*

Troisième semaine.

Chambre et chaise longue.

Durée du lever : une heure de plus par jour,

1er jour	1	heure.
2e —	2	—
3e —	3	—

etc.

A la fin de la troisième semaine la femme peut quitter la chambre pour circuler dans son appartement ou dans son habitation, mais sans sortir dehors.

Quatrième semaine.

Appartement. — Fauteuil ; chaise longue en cas de fatigue.

A la fin de la quatrième semaine, c'est-à-dire au bout d'un mois après l'accouchement, première sortie en plein air.

TROISIÈME QUINZAINE. — *Promenades, sorties.*

[1] Chez les femmes délicates, trois semaines de lit sont souvent nécessaires; par contre, quelques robustes paysannes se lèvent sans inconvénients une semaine et même moins après leur accouchement.

Cinquième semaine.

Sorties en voiture.

Sixième semaine.

Sorties à pied.

Quand la femme n'allaite pas, c'est à la fin de la sixième semaine, c'est-à-dire un mois et demi après l'accouchement, que survient le retour de couches.

Pendant le retour de couches, repos au lit ou sur la chaise longue, au moins pendant les deux premiers jours, et mieux pendant toute sa durée.

Après le retour de couches la femme est rendue à sa vie habituelle, c'est à ce moment que les relations conjugales peuvent être reprises sans inconvénient.

Mais les exercices fatigants (cheval, danse), ou les grands voyages, ne seront permis que trois mois après l'accouchement, alors que l'utérus est complètement revenu à son état normal.

Quand la femme allaite, quoique le retour de couches fasse défaut, on se comportera de même, mais les exercices fatigants ou les grands voyages ne pourront être recommencés qu'après le sevrage, sous peine de compromettre la santé de l'enfant et aussi celle de la mère, en lui imposant un véritable surmenage.

Pendant et après ce retour de la mère à l'état normal, l'enfant s'habitue à sa nouvelle vie, et se développe.

Des soins minutieux et éclairés, de même qu'une alimentation convenable sont indispensables pour assurer la santé de ce nouvel être et le préserver ou guérir des maladies, qui l'atteignent fréquemment.

C'est à l'examen de ces différents points que sera consacré l'exposé suivant, dont voici les grandes divisions :

Ire partie. *Phénomènes physiologiques.*
IIe — *Hygiène.*
IIIe — *Allaitement.*
IVe — *Pathologie.*

I

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES

SOMMAIRE

1° Poids;
2° Température. — Circulation. — Respiration;
3° Cordon;
4° Dentition;
5° Digestion;
6° Phénomènes cutanés.

1° Poids.

Le nouveau-né, dont le poids moyen est de 3,000 grammes au moment de la naissance, diminue de 100 grammes ou un peu plus pendant les deux premiers jours, et regagne cette perte pendant les cinq jours consécutifs, de telle sorte qu'à la fin de la première semaine le poids est identique à celui de la naissance.

L'augmentation quotidienne du poids de l'enfant, en dehors de ces sept premiers jours est variable, mais peut être fixée comme moyenne quotidienne à :

25 gr.	pendant les	1er,	2e,	3e	mois	1er	trim.
20	—	4e,	5e,	6e	—	2e	—
15	—	7e,	8e,	9e	—	3e	—
10	—	10e,	11e,	12e	—	4e	—

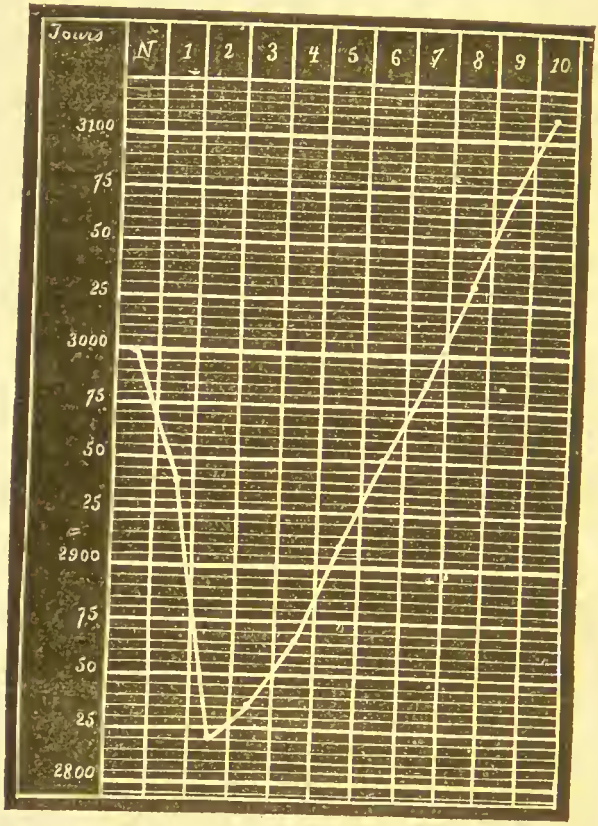


Fig. 1. — Courbe du poids pendant les dix jours consécutifs à la naissance. (Budin.)

En multipliant cette augmentation quotidienne par le nombre de jours que compte chaque trimestre et

qui est de quatre-vingt-dix environ, on a pour l'augmentation totale de l'enfant :

Trimestres					Chiffres ronds :
1er	2,250[1]	+ 3,000	= 5,250	5,250	grammes.
2e	1,800	+ 5,250	= 7,050	7,000	—
3e	1,350	+ 7,050	= 8,400	8,500	—
4e	900	+ 8,400	= 9,300	9,500	—

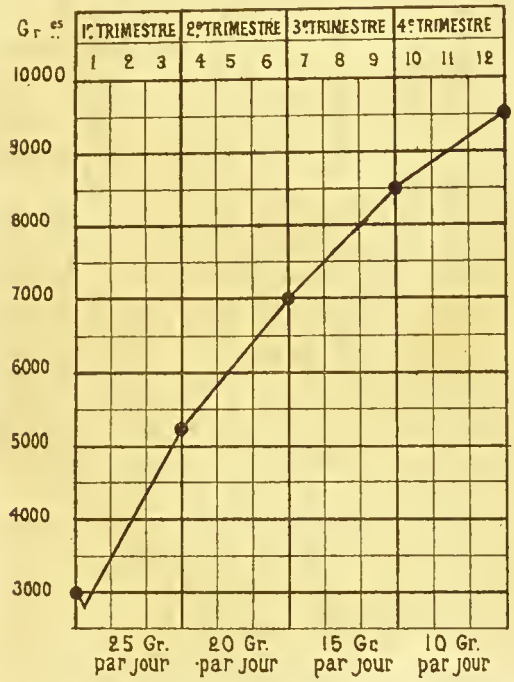


Fig. 2. — Poids de l'enfant pendant la première année.

[1] Pour ce premier trimestre, il n'est pas tenu compte de l'état stationnaire des huit premiers jours. Cette cause d'erreur est détruite par ce fait que pendant les trois semaines consécutives à la première, il se produit une augmentation, qui compense l'état stationnaire des premiers jours.

La courbe 2 représente d'après ces données l'augmentation progressive du poids de l'enfant pendant la première année de la vie.

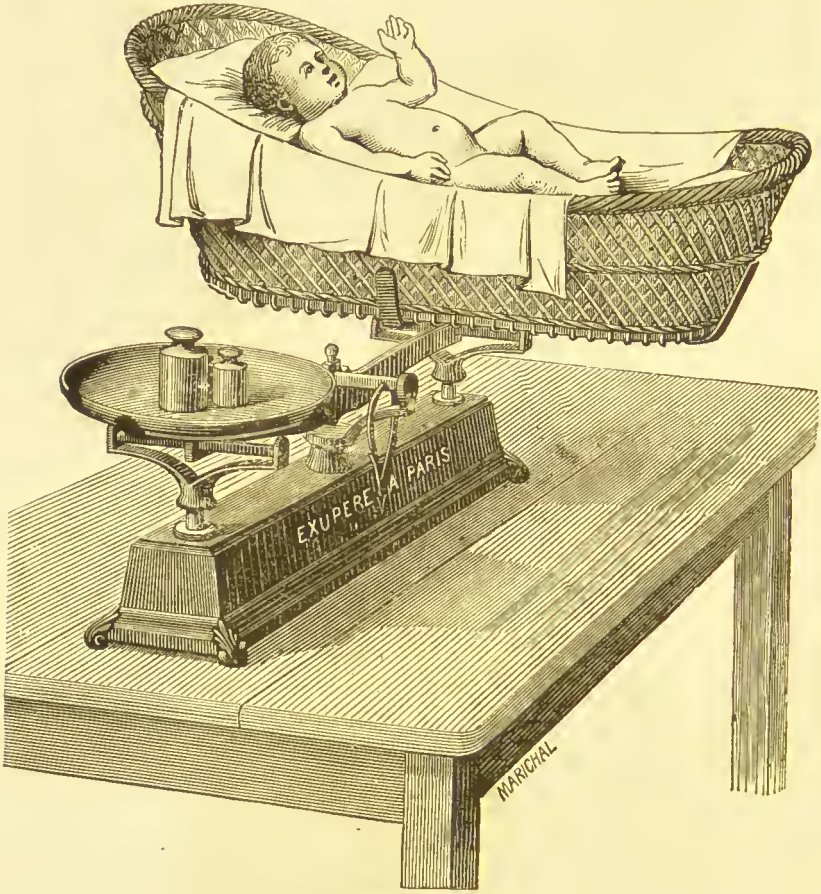


Fig. 3. — Balance-Corbeille. (Exupère.)

On voit donc qu'au bout de six mois complets, l'enfant a un peu plus que *doublé*, et qu'au bout de un an, un peu plus que *triplé* de poids.

Un enfant de 3000 gr. à la naissance, qui pèse dix kilogrammes à un an, est légèrement au-dessus de la moyenne.

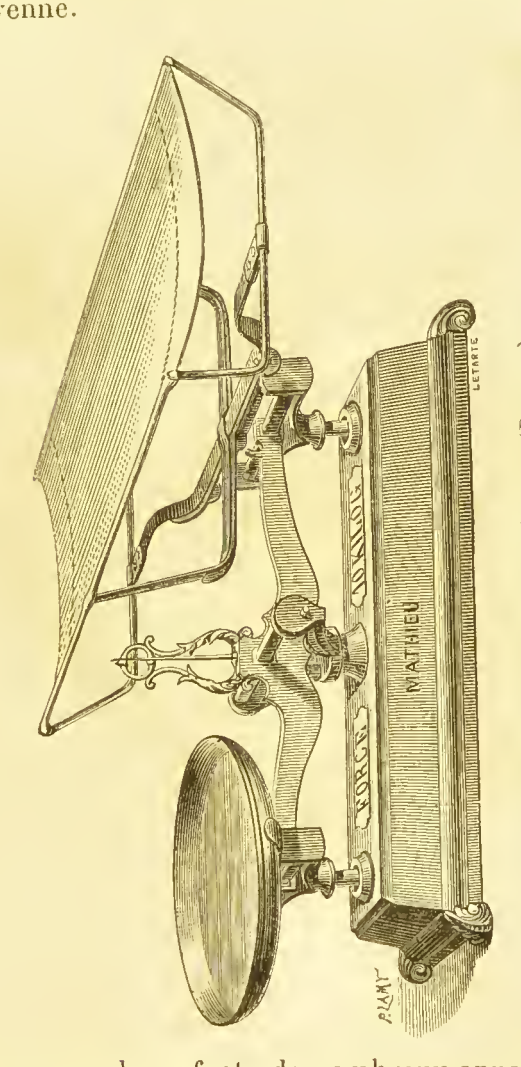


Fig. 4. — Balance-Hamac. (PINARD.)

Pour peser les enfants de nombreux appareils ont

été inventés. — Les figures 3, 4 et 5 indiquent les plus usités. — La balance est plus précise que le pèse-bébé à cadran, et mérite à cause de cela la préférence.

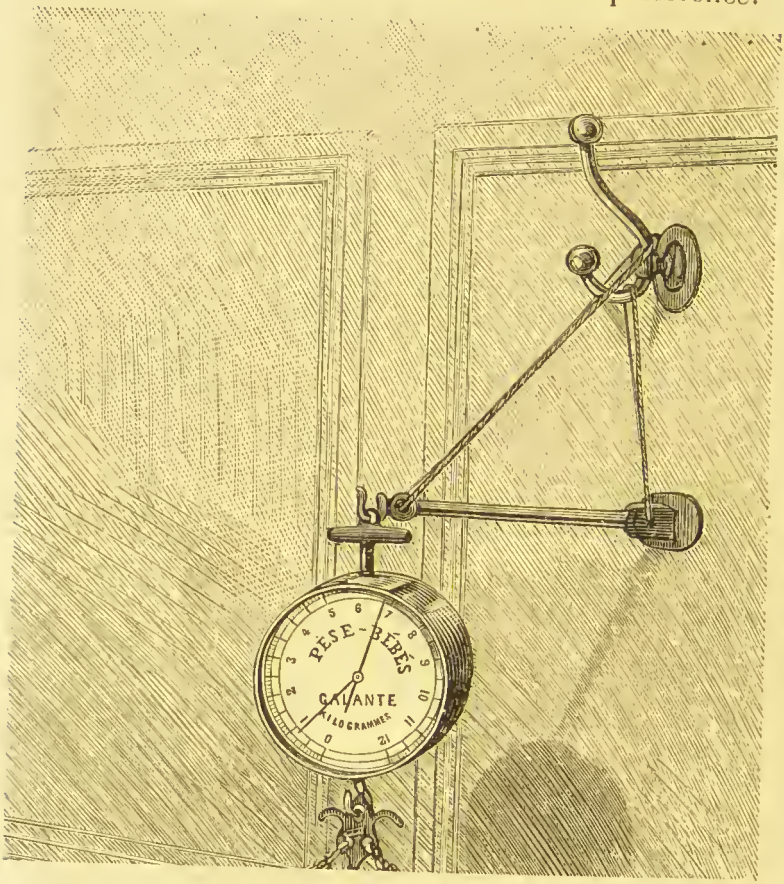


Fig. 5. — Pèse-Bébé à Cadran. (Galante.)
(L'enfant est placé dans une corbeille suspendue à la partie inférieure du cadran.)

Pour enregistrer le poids de l'enfant la feuille graphique indiquée par la figure 6 est d'un usage très commode.

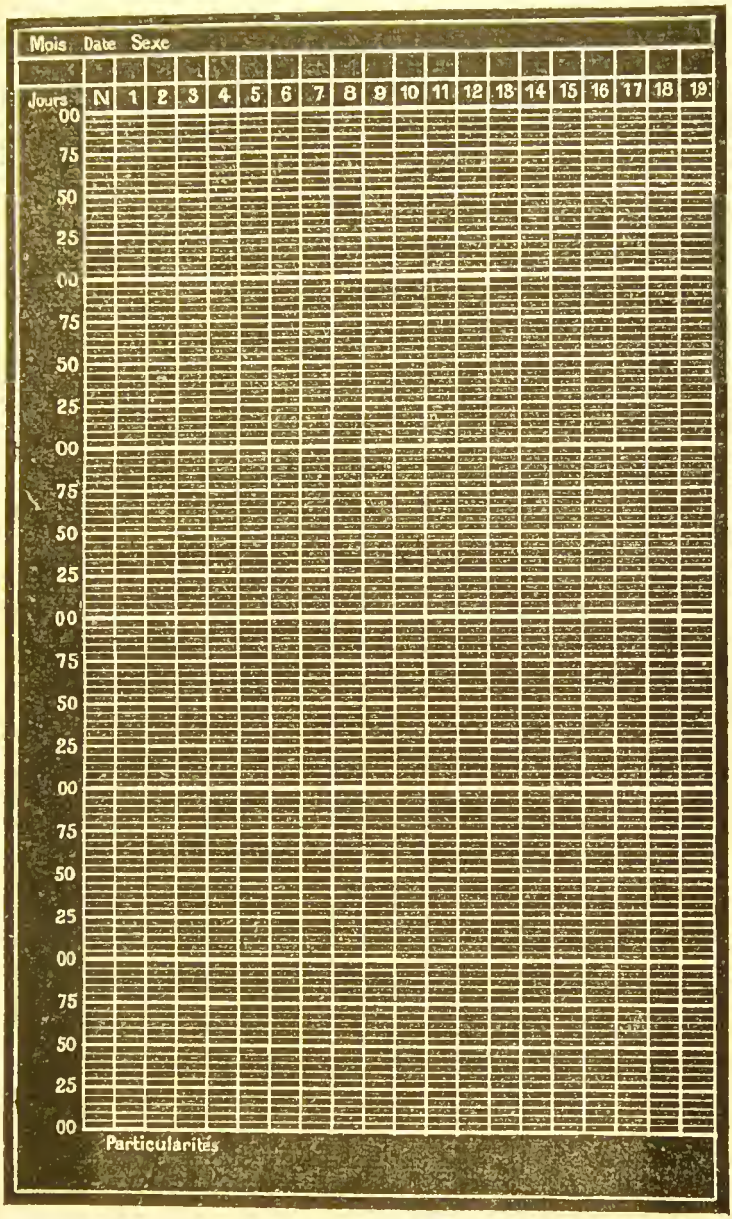


Fig. 6. — Feuille pour établir le graphique des pesées. (BUDIN.)

(Dans la colonne verticale, devant les chiffres imprimés marquant les unités et dizaines, on écrit, suivant le poids de l'enfant, ceux indiquant les centaines et mille.)

2° Température. Circulation. Respiration.

Le tableau 7 résume les résultats que j'ai obtenus[1] par l'examen de la température, des pulsations et de la respiration chez cinq nouveau-nés.

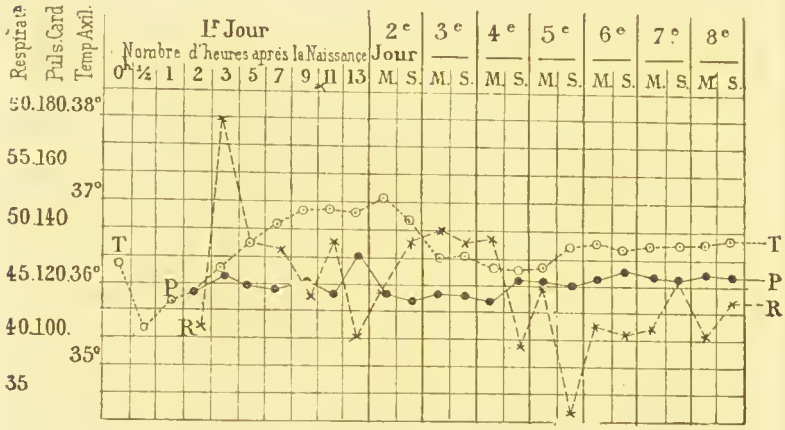


Fig. 7. — Nouveau-né.

T. Température. — P. Pouls. — R. Respiration.

La température subit comme on le voit un abaissement initial et atteint son maximum le lendemain de la naissance, puis reste stationnaire entre 36 et 37°. L'abaissement initial est d'autant plus marqué que l'enfant naît plus loin de son terme normal.

Le nombre des pulsations oscille autour de 120 à la minute.

La respiration donne des résultats très variables.

[1] Voir Auvard. *Travaux d'obstétrique*, t. I, p. 30.

3° Cordon.

a. *Pansement du cordon.* — Un petit carré de toile fine de 10 centimètres servira à envelopper le cordon ; il sera simplement recouvert de vaseline boriquée et changé tous les jours. Pour le maintenir, mettre une bande de toile autour du ventre et une bande de flanelle par-dessus ; dans la plupart des layettes, on trouve une bande de flanelle préparée d'avance à cet effet. Les pansements secs du cordon sont mauvais, car la tige funiculaire, en se desséchant, devient dure et gênante ; les pansements avec une solution antiseptique (acide phénique, sublimé) sont également mauvais en ce qu'ils retardent la chute du cordon. L'absence de soins de propreté dans le pansement du cordon expose à l'érysipèle de l'ombilic et à la phlébite ombilicale, avec la possibilité de sérieuses conséquences (ictère grave).

b. *Modifications.* — Le cordon, pendant les jours consécutifs à la naissance, se flétrit, se dessèche. Un sillon, rempli de sérosité purulente, se creuse au pourtour de son insertion ombilicale. La chute a lieu spontanément du 3e au 6e jour, le plus souvent le 4e ou le 5e.

Chez les enfants débiles, ou quand on fait un pansement antiseptique humide, la chute du cordon est souvent retardée et n'a lieu que le 8e, 10e, 12e jour jusqu'au 15e jour.

Parfois au niveau de l'ombilic, il persiste pendant quelques jours une petite ulcération, source d'écoulement purulent, pour laquelle on est obligé de faire

un pansement (poudre de salol, ou de tannin), voire même quelques cautérisations au crayon de nitrate d'argent.

4° Dentition.

Les dents sont de deux sortes : les premières destinées à tomber (*caduques*), les autres devant au contraire persister à l'état normal pendant toute la vie (*permanentes*).

Les premières, ou *dents de lait* sont les seules qui nous intéressent ici, cependant j'envisagerai brièvement toute l'éruption dentaire ; ce coup d'œil d'ensemble facilitera la mémoire de cette difficile question.

Les dents de lait ou caduques sont au nombre de 20, les permanentes au nombre de 32.

Envisagées dans leur ordre d'apparition, les dents peuvent être divisées encinq groupes :

1° *Dents de lait* (20). — Les dents de lait apparaissent dans l'ordre suivant :

Incisives moyennes.....	4	vers	6	mois.
Incisives latérales.....	4	—	9	—
Premières petites molaires..	4	—	12	—
Canines.....	4	—	15	—
Deuxièmes petites molaires.	4	—	18	—

Toutes les dents de la mâchoire inférieure sortent avant les correspondantes de la supérieure, sauf pour les incisives latérales, ou l'ordre est inverse, de telle sorte que les quatre dents de lait médianes naissent dans l'ordre indiqué par la figure 8.

Il arrive souvent que les incives moyennes infé-

rieures étant apparues, les supérieures correspondantes se font attendre assez longtemps, et naissent presque en même temps que les voisines, c'est-à-dire que les incisives latérales supérieures.

Sauf l'exception qui précède, la loi générale pour l'éruption de toutes les dents caduques, ou permanentes, est que celles de la mâchoire inférieure se montrent avant celles de la supérieure.

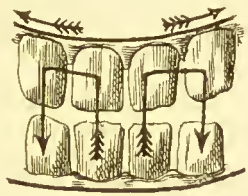


Fig. 8. — Ordre d'éruption des huit incisives (dents de lait).

Les dates d'apparition précédemment mentionnées sont loin d'être mathématiques ; les variations sont grandes. Les premières dents se montrent fréquemment plus tôt ou plus tard que six mois, on les voit exceptionnellement à la naissance même [1].

Les canines apparaissent souvent plus tard que quinze mois, et il n'est pas rare de voir les deuxièmes petites molaires ne faire éruption qu'après deux ou trois ans.

Au milieu de ces irrégularités, nous avons fixé des chiffres moyens, dont la valeur n'est que relative. Ces chiffres sont faciles à retenir, car ils représentent des dates espacées de trois mois l'une de l'autre ; aussi, avec cette notion de trois mois, suffira-t-il de retenir l'ordre d'apparition suivant :

1° Incisives médianes ;

[1] Louis XIV et Mirabeau sont les exemples les plus célèbres de cette anomalie ; *Curius Dentatus* aurait également dû son nom à cette particularité.

2° Incisives latérales;
3° Premières petites molaires;
4° Canines;
5° Deuxièmes petites molaires.

2° *Dents d'enfance.* — 4 — Les dents d'enfance, au nombre de quatre, sont les premières grosses molaires et apparaissent vers cinq ans.

3° *Dents de remplacement.* — 20 — Les dents de remplacement succèdent aux dents de lait, qui tombent quelque temps avant leur apparition.

Une par an.

Ordre successif :

1° Incisives médianes..... 8 ans.
2° Incisives latérales..... 9 ans.
3° Premières petites molaires.. 10 ans.
4° Deuxièmes petites molaires. 11 ans.
5° Canines ..... 12 ans.

L'ordre d'apparition est un peu différent de celui des dents de lait, car les canines ici se montrent en dernier lieu, et au contraire avant les dernières petites molaires pour les dents de lait; je place en regard les deux variétés de dents dans leur ordre d'apparition respectif :

DENTS DE LAIT.	DENTS DE REMPLACEMENT.
1° Incisives moyennes...	Incisives moyennes.
2° Incisives latérales.....	Incisives latérales
3° Premières petites molaires.	Premières petites molaires.
4° Canines.....	Deuxièmes petites molaires.
5° Deuxièmes petites molaires.....	Canines.

4° *Dents d'adolescence.* — 4.

Deuxièmes grosses molaires.
Eruption à 13 ans.

5° *Dents de puberté ou de sagesse.* — 4.

Troisièmes grosses molaires.
Eruption à 20 ans (18 à 25 ans).

Chaque groupe de dents de lait se montre à trois

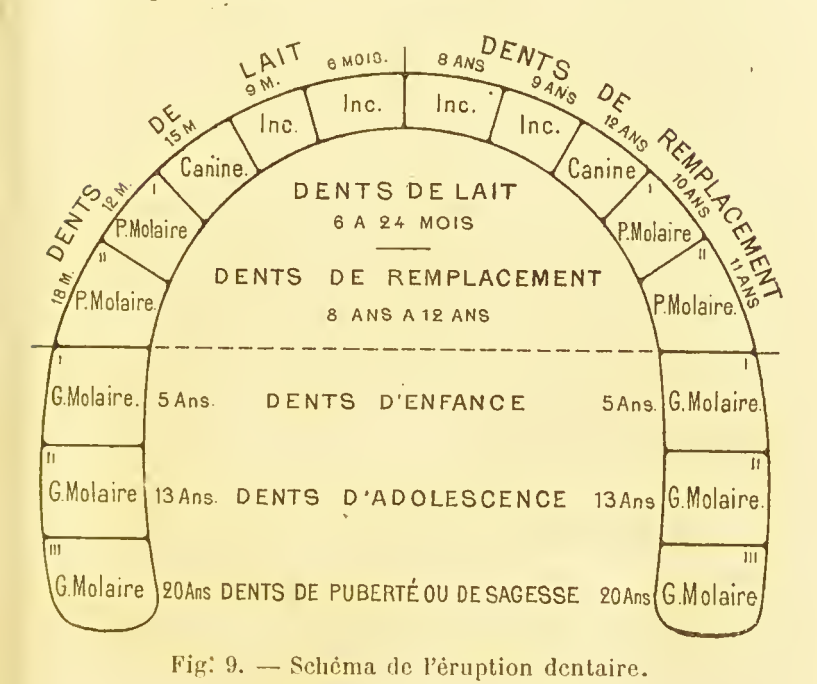


Fig. 9. — Schéma de l'éruption dentaire.

mois d'intervalle et de dents de remplacement à un an d'intervalle. — Quant aux grosses molaires, leur éruption est espacée pour chaque groupe par sept ans environ.

Influence de la dentition sur la santé de l'enfant. — On a attribué à la dentition la plupart des accidents, qui peuvent survenir pendant les premières années de la vie, pathogénie complaisante dont la réalité n'est pas démontrée. La diarrhée et une fièvre parfois intense pouvant exposer à des congestions méningitiques, paraissent seules dépendre nettement de la dentition [1].

Dans les cas de trouble dans l'éruption dentaire, des applications locales d'une solution faible de cocaïne, ou l'incision cruciale au sommet de la dent, sont les seuls moyens capables de produire quelque amélioration.

Dentition et sevrage. — La dentition étant une cause de troubles digestifs pour l'enfant, on a conseillé de ne pas cesser l'allaitement au moment de l'éruption dentaire. Le conseil est bon à suivre, et le meilleur moment pour opérer le sevrage sera, soit après la sortie des premières petites molaires, soit après celle des canines.

5° Digestion.

Le lait est *sucé* par l'enfant. Ce mouvement de succion est opéré à l'aide de la langue, qui en se portant en bas et en arrière, crée un vide entre la voûte palatine et elle, vide dans lequel le liquide vient s'accumuler. Ingéré dans l'estomac, le lait y

[1] Voir Corriveaud. *Journal de médecine de Bordeaux* et *Bulletin thérapeutique*, 1885, t. I, p. 475.

subit la digestion sous l'influence du suc gastrique. La digestion se continue dans l'intestin, où se fait en même temps une absorption active.

Les *selles* du nouveau-né passent par trois périodes successives :

Période méconiale (3 jours). — L'enfant évacue le méconium accumulé dans son intestin pendant la grossesse. Ce liquide est verdâtre, sirupeux, analogue au suc épaissi du pavot (μηκων pavot).

Période de transition (1 jour). — Le méconium est mêlé à du lait digéré.

Période lactée. — Le résidu du lait digéré est rendu sous forme d'une bouillie épaisse, jaune clair, dont l'aspect a été comparé avec raison à celui des œufs brouillés. — En étudiant l'athrepsie, nous verrons que ces garde-robes peuvent se strier de blanc, de vert, devenir même complètement vertes.

Les garde-robes sont chez les nouveau-nés au nombre de deux à quatre par vingt-quatre heures, plus tard, vers deux mois, de une à trois. Un plus grand nombre indique un état diarrhéique.

6° Phénomènes cutanés.

L'enfant passe par trois phases successives qui durent environ trois jours chaque :

Phase rouge. — Vive congestion cutanée, causée par le contact de l'air, auquel la peau n'est pas habituée et qui agit comme un véritable irritant.

Phase jaune. — Sorte d'ictère hémaphéique, qui est amené par les transformations du pigment san-

guin, déposé à la périphérie pendant la phase précédente ou congestive.

Phase blanche. — L'enfant devient pâle, et arrive insensiblement à sa teinte rosée normale.

Dès la période précédente, mais surtout à cette dernière, la peau se recouvre d'un véritable *furfur*, desquamation épidermique, analogue à celle qu'on voit dans la rougeole, et qui est le résultat des phénomènes congestifs précédemment décrits.

II

HYGIÈNE

SOMMAIRE

1° Vue ;
2° Sommeil. — Cris ;
3° Vêtements ;
4° Toilettes ;
5° Température. — Couveuses ;
6° Chambre. — Berceau ;
7° Sorties ;
8° Vaccination.

1° Vue. — Les yeux de l'enfant doivent être attentivement surveillés, le médecin doit les inspecter à chacune de ses visites, précaution nécessaire à cause de l'ophtalmie purulente, dont nous verrons à la pathologie les traitements préventif et curatif.

Pendant les premiers temps de la vie, les enfants présentent souvent un léger degré de *strabisme*, dont la constatation inquiète la famille. Ce strabisme léger est sans importance, il disparaît aussitôt que l'enfant commence à *regarder*.

2° Sommeil. Cris. — Sommeil, cris, et tétées se partagent les premiers temps de la vie.

Les *cris* sont pour ainsi dire normaux lorsqu'ils

sont de faibles intensité et durée; l'enfant à cet âge ne sait ni parler, ni rire, les pleurs constituent son seul langage. Mais lorsque les cris deviennent intenses et prolongés, ils indiquent un état de souffrance dont il faut rechercher la cause, qui est le plus souvent, soit la *faim*, soit le *froid*, soit la gêne dans les *vêtements*. Donc allaiter l'enfant, le réchauffer, le démaillotter sont la triple précaution à prendre en pareil cas. Il est encore d'autres causes auxquelles il faut penser : telles les *coliques* très souvent invoquées par les gardes et les nourrices, sans que personne ait jamais pu en constater la réalité, justifiées cependant par le calme que produit parfois l'application d'un cataplasme chaud sur le ventre. On peut encore citer la *dyspnée* amenée par un état congestif des poumons, etc.

Le *sommeil* de l'enfant survient en général après la tétée ; il doit avoir lieu dans le berceau, et non dans les bras ou sur les genoux de la nourrice. L'enfant dans son berceau doit être couché sur le côté, afin que, s'il se produit des vomissements, le liquide s'écoule facilement et ne pénètre pas dans les voies respiratoires.

3° Vêtements. — Le vêtement du nouveau-né, est en général désigné sous le nom de *maillot*.

Le MAILLOT FRANÇAIS se compose :

Pour la *tête*, d'un béguin, et d'un bonnet qui le recouvre ;

Pour le *thorax*, d'une chemisette, d'une brassière en flanelle, en laine ou coton, et d'un fichu ;

Pour l'*abdomen et les membres inférieurs*, d'une couche, de langes en coton ou en laine, de chaussons.

Le MAILLOT ANGLAIS diffère du français en ce que :
La *tête* reste découverte ;
Le *thorax* est protégé par une chemisette et par une brassière pourvue de boutons pour fixer une couche-culotte ; une longue robe, cache-maillot qui se prolonge sur l'abdomen et les membres inférieurs.
Pour l'*abdomen et les membres inférieurs*, une couche, un lange-culotte, des chaussettes et chaussons ; les petits membres de l'enfant sont libres.

Le MAILLOT AMÉRICAIN est analogue à l'anglais, mais les bras et la partie supérieure du thorax restent à nu, *décolletés*.

Le maillot anglais, très à la mode actuellement, est bon à la condition qu'on évite le refroidissement, auquel expose le faible enveloppement des membres inférieurs ; aussi quand l'enfant naît pendant une saison très froide est-il préférable de commencer par le maillot français, et n'avoir recours à l'anglais qu'au bout d'un certain temps (1 à 3 mois).

4° **Toilettes.**— Il sera bon de donner à l'enfant tous les matins un bain chaud de quelques minutes, ou suivant le système anglais une immersion soit froide, soit légèrement tiédie, en commençant autant que possible pendant la saison chaude.

Dans le courant des vingt-quatre heures on fera en outre 2 à 4 toilettes de la région génito-anale, en ayant soin de saupoudrer après chacune d'elles avec

de l'*amidon*, du *lycopode*, ou du *talc* (silicate de magnésie); ces trois poudres, à peu près également bonnes, sont destinées à sécher l'humidité de ces régions et à éviter les coupures et l'intertrigo. On saupoudrera également les aisselles, et les sillons du cou chez les enfants gras.

5° Température. Couveuses. — Le nouveau-né, qui avant sa naissance baignait constamment dans un liquide chaud et à température égale, est très sensible aux variations thermiques, qu'il rencontre dans sa nouvelle vie. Le froid, agissant sur ses extrémités, y amène facilement la cyanose et l'hypothermie, et cette affection fréquente désignée sous le nom d'œdème ou de sclérème des nouveau-nés.

L'enfant est d'autant plus sensible aux variations de température qu'il est plus jeune, et qu'il naît plus loin de son terme.

Pour éviter au nouveau-né ces brusques changements, il faut pendant les premiers temps le placer dans une pièce où la température sera autant que possible de 16 à 18°; on mettra dans son berceau, surtout pendant la nuit, une à trois boules d'eau chaude, qui maintiendront une température suffisante.

Pour les enfants nés avant terme ou pendant les saisons froides, on se servira avec avantage d'appareils appelés *couveuses*, introduites dans la pratique obstétricale par M. Tarnier[1].

Il existe actuellement de nombreux modèles de couveuses; le plus simple est le meilleur. En 1883,

[1] Voir Auvard. *Travaux d'obstétrique*, t. I, p. 7 et 39.

j'ai décrit un appareil très pratique qui se chauffe à l'aide de boules de grès, destinées à être remplacées toutes les heures et demie ou deux heures.

Pour éviter ce changement trop fréquent de boules, peu commode à faire la nuit, je les ai remplacées

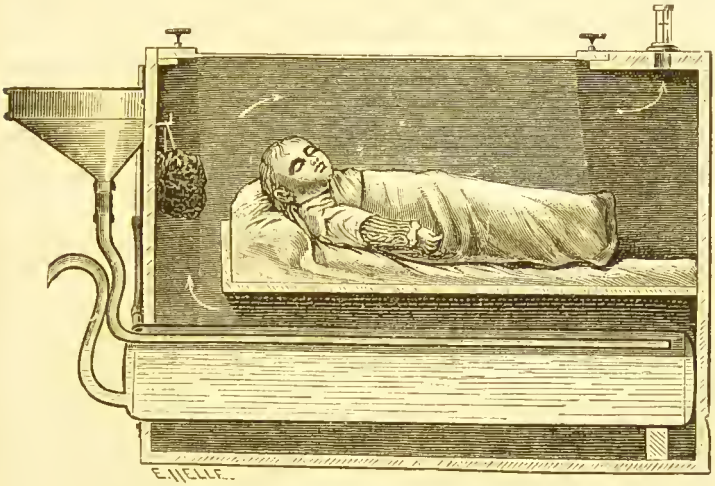


Fig. 10. — Coupe de la couveuse

(fig. 10 et 11) par un réservoir fixe de 10 litres; dans lequel il suffit de verser d'abord 5 litres d'eau bouillante, puis 3 litres toutes les quatre heures pour maintenir autour de l'enfant 30° environ [1].

Mettre la couveuse à l'abri de tout courant d'air pendant son fonctionnement, et la placer à quelques centimètres au-dessus du parquet, soit sur un pié-

[1] Voir pour les détails de cet appareil *Archives de Tocologie*, août 1889.

destal en bois, soit sur une couverture épaisse et pliée en plusieurs doubles.

L'enfant est couché dans la couveuse absolument comme dans son berceau ; on le retire au moment des tétées en ayant soin que la température de la

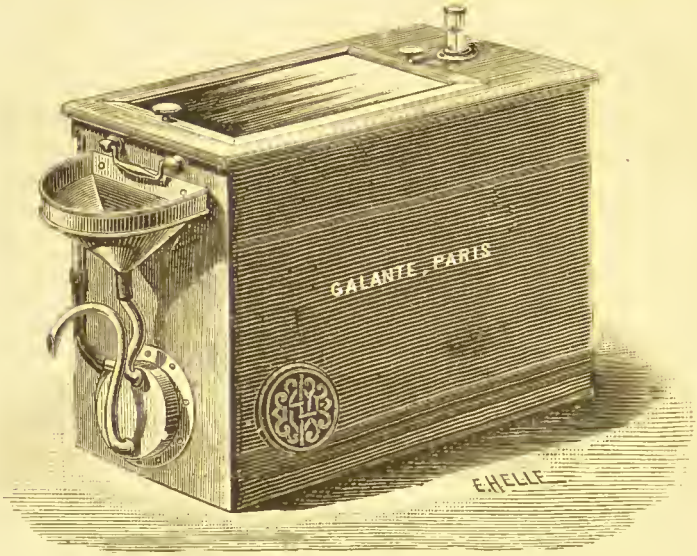


Fig. 11. — Vue extérieure de la couveuse.

pièce soit de 18° environ ; les toilettes et le change se font à cette même température ambiante.

On laisse l'enfant quinze jours, trois semaines, un mois ou même davantage dans la couveuse, puis quand il a acquis la vigueur suffisante on l'habitue progressivement à vivre dans l'air de la chambre, en lui accordant tous les jours une heure de plus de liberté au moment le plus chaud de la journée. Il sera bon de continuer l'usage de l'appareil encore

un certain temps pendant la nuit, où le refroidissement se produit avec plus de facilité.

L'usage de la couveuse est utile dans tous les cas où la vie de l'enfant se ralentit sous l'influence des causes extérieures (froid), ou intérieures (naissance prématurée, faiblesse congénitale, cyanose, œdème et sclérème, athrepsie ou maladies générales affaiblissant le nouveau-né).

Pendant les premières semaines de la vie la couveuse est *le meilleur des berceaux*, car tout en assurant une température constante autour du nouveau-né, elle amène au contact de ses voies respiratoires un air constamment renouvelé, grâce à la ventilation même que produit le fonctionnement de l'appareil.

6° Chambre. Berceau. — La chambre où habite l'enfant doit être aérée, pourvue de cheminée ; la température y sera de 16 à 18° pendant les premiers mois ; on peut accoutumer progressivement l'enfant à la température habituelle de l'appartement.

L'enfant doit toujours être couché dans un berceau et non dans le lit de sa mère ou de sa nourrice, qui pendant le sommeil pourrait l'étouffer involontairement, ainsi que cela arrive quelquefois.

L'enfant est couché vêtu, et plus ou moins entouré de couvertures suivant la saison.

Éviter surtout de fermer complètement les rideaux du berceau, sinon on empêche l'accès de l'air, et on produit une asphyxie lente.

Le berceau sera placé dans un coin de la pièce à l'abri de tout courant d'air direct. Quelques personnes insistent pour que la tête de l'enfant soit

placée à contre jour, c'est-à-dire les pieds tournés dans le sens opposé de la fenêtre, ou directement en face de la lumière, afin, disent-elles d'éviter le strabisme ; la précaution est sans importance.

7° **Sorties.** — L'enfant peut être sorti sans inconvénient :

Dans la saison chaude (été), au bout de huit jours ;

Dans la saison tempérée (printemps, automne), au bout de quinze jours ;

Dans la saison froide (hiver), au bout d'un mois.

En hiver, l'enfant sera sorti au moment le plus chaud de la journée : de midi à 2 heures; en été, au contraire, en dehors de ce moment, le matin, de 9 à 11 heures ; le soir, de 3 à 5 heures.

8° **Vaccination.** — A moins d'épidémie de variole le nouveau-né sera vacciné à deux mois environ. A Paris le vaccin de génisse est actuellement le plus répandu. On vaccine au niveau de l'épaule, ou mieux à la partie postéro-externe du mollet; deux piqûres de chaque côté suffisent. Du troisième au dixième jour consécutifs à la vaccination, mieux vaudra ne pas sortir l'enfant, car durant l'évolution du vaccin, il est plus sensible aux actions pathogènes de l'extérieur. On supprimera les grands bains pendant le même temps. La région vaccinée sera protégée à l'aide d'un petit pansement sec ou de l'ouate; quand vers le huitième, dixième jour, la rougeur locale est trop accentuée, on la calme par l'application de petits cataplasmes, ou de compresses imbibées de solution boriquée à 4 p. 100.

III

ALLAITEMENT

SOMMAIRE

1° Allaitement maternel;
2° Allaitement par une nourrice;
3° Allaitement par un animal;
4° Allaitement artificiel;
5° Succédanés du lait. — Allaitement mixte ;
6° Direction générale de l'allaitement. — Sevrage.

L'alimentation de l'enfant peut être faite à l'aide de lait de femme (mère et nourrice), à l'aide du lait d'un animal (pris directement ou indirectement), ou enfin avec d'autres aliments que le lait (donnés seuls ou conjointement avec le lait). Chacune de ces variétés d'alimentation demande à être décrite séparément.

1° ALLAITEMENT MATERNEL

La glande mammaire, dont la figure 12 représente schématiquement la structure, se compose d'une série de canaux (galactophores) venant d'une part s'ouvrir à la surface du mamelon, et d'autre part se terminer

profondément dans des lobes glandulaires, au niveau desquels se forme le lait.

Les lobes glandulaires, au nombre de quinze environ (même nombre pour les conduits galactophores, ou un peu inférieur, dix à quinze, deux conduits se réunissant parfois en un seul), rudimentaires toute la vie chez l'homme, le sont également, quoique à un moindre degré chez la femme, jusqu'au moment de la conception.

Cependant peu après la naissance une poussée congestive se fait à leur niveau (mammite des nouveau-nés) ; nouvelle poussée au moment de la puberté.

Après la conception et pendant la grossesse, les lobes glandulaires, outre la congestion dont ils sont le siège, prennent par la prolifération de leurs éléments un développement notable. Toutes les ramifications des conduits galactophores se hérissent à leur terminaison de culs-de-sac glandulaires, comme les branches se couvrent de feuilles au printemps.

Sur toute la surface glandulaire existe d'abord un épithélium aplati, qui ne tarde pas à s'arrondir, comme si la cellule plate se distendait par une surabondance de contenu. L'épithélium, qui tapisse les conduits galactophores, est au contraire cylindrique.

Si à ce moment on fait au niveau du mamelon une coupe antéro-postérieure du sein, on notera les détails suivants, résumés dans le schéma 12.

Partons du sommet du mamelon et pénétrons avec un galactophore. Ce conduit arrive bientôt à un renflement fusiforme, le *sinus lactifère*, puis

reprenant ses dimensions premières, il aboutit à un lobe, où il se ramifie, pour envoyer une branche à

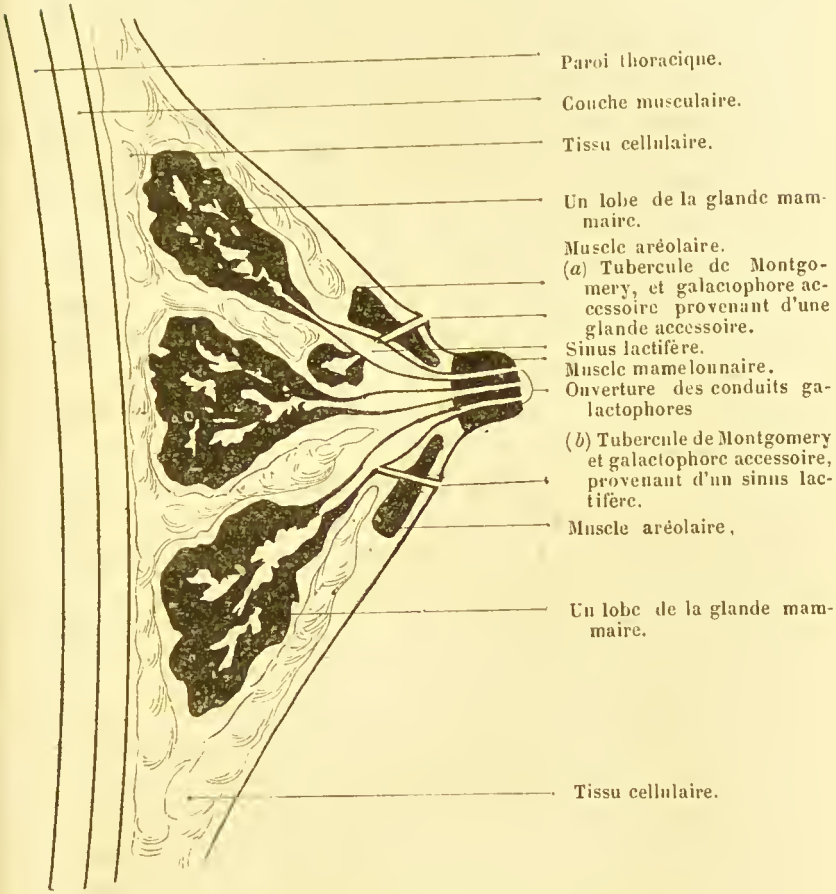


Fig. 12. — Coupe schématique de la mamelle.

chacun des lobules, constitués eux-mêmes par la réunion d'un certain nombre de culs-de-sac glandulaires.

Ces conduits et lobes sont enveloppés dans une couche continue de tissu cellulaire, comme les bouteilles emballées dans une caisse sont entourées du papier destiné à les protéger.

Sur le trajet des galactophores au voisinage des sinus, on aperçoit parfois un canal diverticulaire qui, traversant le muscle aréolaire, vient s'ouvrir au niveau de l'aréole, au sommet d'un tubercule de Montgomery, sorte de mamelon en miniature. Ce canal diverticulaire prend le nom de *conduit galactophore accessoire*. Il existe une seconde variété de ces conduits partant non des galactophores principaux, mais d'un lobe accessoire de la glande mammaire. La première variété est représentée (fig. 12) en (*b*), la seconde en (*a*).

Tous les tubercules de Montgomery sont pourvus d'un de ces conduits accessoires, et pendant l'allaitement, on fait souvent par la compression perler à leur sommet une goutte de lait.

Les galactophores, pendant la traversée du mamelon, sont enveloppés de fibres musculaires lisses, dirigées en différents sens (*muscle mamelonnaire*), et dont l'intrication leur constitue pour ainsi dire un sphincter continu, qui s'étend de la base au sommet du mamelon.

Au niveau de l'aréole nous trouvons également du tissu musculaire lisse, qui dessine en quelque sorte un diaphragme, dont l'ouverture correspond au mamelon, et dont la face profonde, présentant la même inclinaison que la peau, est en rapport avec les sinus lactifères. C'est le *muscle aréolaire*, encore appelé *sous-aréolaire*. Par sa contraction il tend à

comprimer tous les sinus rangés au-dessous de lui en faisceau.

Dans ces sinus, qui sont des *réservoirs rudimentaires*, vient dans l'intervalle des tétées, s'accumuler le liquide secrété par la glande, aussi quand nous voulons faire sourdre le lait à la surface du mamelon (action de traire), le meilleur moyen est-il de saisir entre la pouce et l'index le pourtour de l'aréole et de ramener, tout en continuant la compression, le doigt en avant vers le mamelon; le liquide ainsi chassé de l'intérieur des sinus arrive en assez grande quantité au dehors et jaillit par l'orifice des galactophores.

Conduits et glandes sont formés de deux couches superposées, l'une excentrique conjonctive, l'autre concentrique épithéliale. L'épithélium est cylindrique dans le galactophore, aplati et plus tard arrondi au niveau des culs-de-sac glandulaires.

Cet épithélium glandulaire joue le rôle essentiel dans la sécrétion du *lait*, et du *colostrum*, qui en est l'ébauche.

Le lait se compose :

De gaz (acide carbonique, azote, oxygène) ;

De liquides (eau, sucre de lait, albumine dissoute, sels divers dissous) ;

De solides représentés et par des *granulations de caséine*, et par des *globules graisseux* ou *butyreux* (globules du lait), qui sont l'élément caractéristique de ce liquide, de même que l'hématie est celui du sang (l'isolement de ces globules constitue le beurre).

Ces globules du lait, dont les dimensions varient

de 2 à 20 μ, sont formés par l'épithélium glandulaire de la façon suivante (fig. 13) :

(*A*). La cellule épithéliale se remplit de granulations graisseuses.

(*B*). Ces granulations graisseuses prennent un volume notable et arrivent à occuper toute la cellule qu'elles remplacent pour ainsi dire, et constituent un *corps muriforme*.

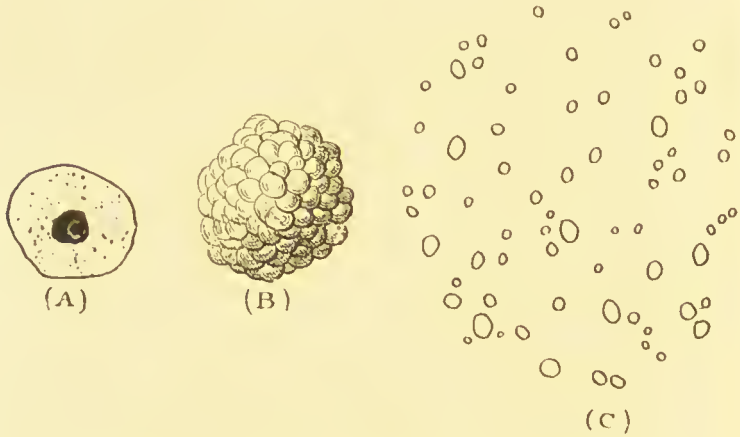


Fig. 13. — Formation des globules de lait.

A. Cellule épithéliale. — B. Distension de la cellule par les granulations graisseuses. — C. Éclatement de la cellule et mise en liberté des globules laiteux.

(*C*). Le corps muriforme quitte le cul-de-sac glandulaire après s'être détaché de la paroi où il était adhérent, chemine le long d'un canal galactophore et ne tarde pas à éclater, mettant en liberté tous les globules qui le composaient, de même qu'une fusée partie du sol, se répand au sommet de sa course, en un éparpillement d'étoiles lumineuses.

Les globules du lait se forment donc aux dépens même de l'épithélium, les autres éléments du lait sont sécrétés par la paroi glandulaire.

Le *colostrum* est constitué par les mêmes éléments que le lait, mais en diffère d'une part en ce qu'il est plus aqueux, d'autre part, en ce que les globules moins développés sont encore réunis en corps muriforme, l'éclatement qui les sépare ne s'étant pas encore produit.

Pendant toute la grossesse la mamelle ne secrète que du colostrum, et en faible quantité à l'état normal ; ce n'est qu'en la pressant à la base du mamelon qu'on fait sortir quelques gouttes de ce liquide sous forme de sérosité légèrement jaunâtre.

La sécrétion lactée ne s'établit franchement que quelques heures après l'accouchement, elle est précédée par le phénomène de la *montée du lait*. Cette montée se produit du deuxième au quatrième jour après la naissance de l'enfant. — Elle est caractérisée pendant les douze premières heures environ par une congestion intense des seins, qui deviennent douloureux et tendus, puis la sécrétion lactée s'établit, la tension diminue, et si la femme allaite, la sécrétion continue d'une façon régulière. Il y a donc dans la montée du lait deux périodes :

L'une *sanguine* (congestive) ;

L'autre *lactée;*

La première est la préparation de la seconde.

Cette montée s'accompagne de malaise, souvent d'un peu de céphalalgie, d'accélération du pouls. Autrefois, on croyait également qu'elle provoquait de la fièvre (fièvre de lait). Mais la fièvre, qu'avant

l'antisepsie on observait souvent à ce moment, n'était qu'une légère manifestation septicémique, — *la fièvre de lait n'existe pas.* — Depuis les précautions antiseptiques elle a disparu, preuve qu'elle n'était pas d'origine mammaire.

A l'état normal les suites de couches sont afébriles, le thermomètre ne doit pas atteindre 38°.

Suivons maintenant la femme pendant la grossesse, et le postpartum ; conduisons-la à l'allaitement, et dirigeons-la dans cet allaitement.

Pendant la **grossesse** deux questions sont à résoudre :

1° La gestante pourra-t-elle nourrir ?

2° Quelles précautions prendre en prévision de l'allaitement ?

1° *La gestante pourra-t-elle nourrir ?*

La réponse dépend des examens *général* et *local.*

Examen général. — La plupart des maladies chroniques sont une contrindication à l'allaitement (maladies des reins, du cœur, etc.), parmi elles la tuberculose mérite une mention spéciale.

L'*hystérie*, ou l'*impressionnabilité excessive* de la mère, sont une contrindication à l'allaitement, plus pour l'enfant que pour elle, à cause de l'irrégularité de la sécrétion lactée, sous l'influence de ce manque d'équilibre nerveux.

L'*anémie prononcée*, la *faiblesse*, quelle que soit leur origine, constituent également une contrindication.

Examen local. — Un mamelon plat, ou ombiliqué,

rend l'allaitement difficile, parfois impossible; le plus souvent, on peut cependant remédier à ce défaut par des moyens, qui seront indiqués un peu plus loin.

Le développement de la glande mammaire et l'abondance du colostrum doivent être pris en sérieuse considération. Suivant que ces deux manifestations de l'activité glandulaire seront *faibles*, *moyennes* ou *prononcées*, on pourra présumer que la femme fera une *mauvaise*, *passable*, ou *excellente* nourrice.

Toutefois pour ce qui concerne l'examen local, une grande réserve est nécessaire, car souvent le médecin est trompé dans son pronostic.

2° *Quelles précautions prendre en prévision de l'allaitement?*

Pendant tout le dernier mois de la grossesse ordonner des lotions quotidiennes sur le mamelon avec de l'eau-de-vie; ne pas se contenter du simple contact de l'alcool, mais frotter toute la surface du mamelon et surtout la base, de manière à enlever les coagula soit de matière sébacée, soit de colostrum, et à fortifier la peau par ce léger massage.

Durant les quinze derniers jours, faire sur le mamelon des aspirations quotidiennes avec la téterelle biaspiratrice (voir la description plus loin); on impose ainsi au bout du sein une sorte d'éducation, qui le prépare d'avance à la succion de l'enfant.

Ces différents moyens ne doivent être employés que dans le dernier mois, car ils exposent parfois à l'accouchement prématuré, dont l'inconvénient serait

relativement faible s'il survenait pendant les trente ou surtout les quinze derniers jours.

Après **l'accouchement**, quand l'allaitement ne doit pas avoir lieu, on donne d'habitude un purgatif le lendemain de la montée de lait (huile de ricin, ou eau minérale purgative) et on entoure les seins d'un bandage de corps avec une légère couche de ouate, de manière à les ramener autant que possible sur la ligne médiane, car c'est l'envahissement de l'aisselle, plus encore que la tension des glandes mammaires, qui est pénible à la femme.

Quand au contraire l'allaitement est décidé ou doit être tenté, les tétées seront réglées comme il suit :

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ALLAITEMENT

a. *Fréquence des tétées.*

Premier jour : une tétée, l'enfant prendra successivement les deux seins de quatre à huit heures après l'accouchement.

Deuxième jour : deux tétées, des deux seins également.

Troisième jour (moment de la montée de lait, au début de la période sanguine; très peu de lait) : trois tétées.

A partir du *quatrième jour*, régler autant que possible les tétées de la façon suivante :

Premier semestre :

Trois premiers mois	Le jour, une tétée toutes les deux heures. La nuit[1], une tétée toutes les quatre heures.
Trois mois suivants	Le jour, une tétée toutes les trois heures. La nuit, une tétée toutes six heures.

Second semestre :

Le jour, une tétée toutes les trois heures, remplacer une ou deux tétées par une soupe[2].

La nuit, une seule tétée, qu'on peut même arriver à supprimer.

Troisième semestre :

Le jour, une tétée toutes les trois heures; en remplacer deux à trois par des aliments qui seront indiqués ultérieurement.

Supprimer la tétée de la nuit.

b. *Position de la femme et de l'enfant.*

Pendant les premiers jours, la femme, ne pouvant s'asseoir sur son lit, s'inclinera vers le sein, qui doit être donné. L'enfant sera couché parallèlement à sa mère. Avant chaque tétée le mamelon sera lavé avec de l'eau tiède, à la fin, avec de l'eau-de-vie.

Aussitôt que la mère pourra s'asseoir elle pren-

[1] C'est-à-dire environ de 8 heures du soir à 8 heures du matin.

[2] Par exemple, 8 heures matin : tétée. — 11 heures : soupe — 2 heures soir : tétée — 5 heures : soupe — 8 heures : tétée.

dra l'enfant dans ses bras, et lui donnera le sein en le plaçant transversalement.

e. *Durée.*

Une tétée normale doit durer de quinze à vingt minutes; moindre, elle indique un faible appétit chez l'enfant; plus grande, un manque de lait chez la mère.

d. *Abondance.*

L'abondance du lait ingéré est intéressante à connaître à un double point de vue :

Pour savoir, dans les cas douteux à l'aide de pesées, si l'enfant boit suffisamment de lait;

Pour évaluer dans l'allaitement artificiel la quantité qu'il faut approximativement faire prendre.

Voici les chiffres qui représentent à peu près cette quantité en grammes : 1° par tétée; 2° par jour.

	PAR TÉTÉE			PAR JOUR.	
Jours.	1er.	5 gr.		50 gr. [1]	
—	2e..	10 —	(5 gr. de plus par jour.)	100 —	(50 gr. de plus par jour.)
—	3e..	15 —		150 —	
—	4e..	20 —		200 —	
—	5e..	25 —		250 —	
—	6e..	30 —		300 —	
—	7e..	35 —		350 —	
—	8e..	40 —		400 —	
—	9e..	45 —		450 —	
—	10e...	50 —		500 —	

[1] Le nombre de tétées étant à partir du 4e jour d'environ 10 par 24 heures, il suffira de multiplier par 10 le poids de chaque tétée pour avoir le total. Pour les 3 premiers jours le nombre de tétées étant inférieur à 10, il sera bon d'y suppléer en donnant à l'enfant un peu de lait d'ânesse ou de vache.

	PAR TÉTÉE		PAR JOUR	
Mois.	1er.	60 gr.	600 gr.	
—	2e..	75 —	650 — [1]	
—	3e..	90 —	700 —	
—	4e..	105 —	750 —	
—	5e..	120 —	800 —	
—	6e..	135 —	850 —	
—	7e..	150 —	900 ou environ un litre.	
Et après.				

(15 gr. de plus par mois.) (50 gr. de plus par mois.)

Difficultés et complications. — Le mamelon peut être aplati, ombiliqué, les lèvres de l'enfant ne rencontrent aucune saillie permettant la succion.

Quand la conformation est normale, le mamelon aspiré et mâchonné par l'enfant, devient, surtout quand on n'a pris aucune précaution antérieure, le siège de *gerçures*, de *crevasses*, dont l'inconvénient est double[2] :

Douleurs excessives pour la mère au moment de la tétée, à tel point que l'allaitement devient un véritable supplice, et que malgré toute son énergie la femme est obligée d'y renoncer.

Voie d'entrée pour les microbes, d'où production de lymphangites et d'abcès du sein.

On peut parer à ces divers inconvénients par

[1] Le nombre de tétées diminuant petit à petit, en multipliant par 10 on aurait un chiffre trop considérable.

[2] Outre ces deux inconvénients, les crevasses sont parfois le siège d'hémorrhagie. Le sang avalé par l'enfant est rendu par vomissements et par garde-robes. Ce petit accident effraierait à tort, si on n'en connaissait la cause.

l'emploi de la téterelle que j'ai imaginée [1], et dont la cupule a été modifiée par M. Budin [2] (fig. 14).

La cupule de verre coiffant le mamelon est maintenue d'une main. Par l'intermédiaire du long tube, la mère fait à l'aide de la bouche le vide dans l'ap-

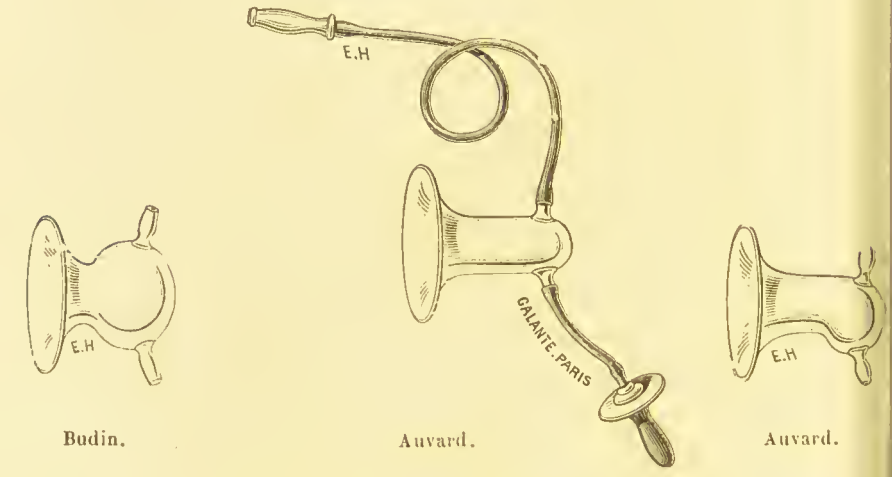


Fig. 14. — Téterelle biaspiratrice.

pareil (car il y a une soupape dans le bout fœtal); le lait afflue dans la cupule, et s'accumule dans la partie inférieure; il suffit à l'enfant de quelques mouvements de succion, alors que la mère se repose, pour attirer le liquide [3].

[1] Auvard. *Travaux d'obstétrique*, t. I, p. 353.

[2] *Leçons de Clinique obstétricale*, 1889, p. 297.

[3] On invoque souvent comme cause de la difficulté de la succion, la brièveté du frein de la langue (*filet*), et on préconise en pareil cas la section à l'aide de ciseaux. Cette section (opération du filet) est presque toujours inutile.

Grâce à cette téterelle que j'emploie pendant la grossesse pour former le mamelon, et durant les premiers jours de l'allaitement, soit pour remédier à la brièveté du mamelon, soit pour prévenir la production des gerçures ou crevasses, ou pour éviter leur agrandissement quand elles existent, les complications et difficultés de l'allaitement sont considérable-

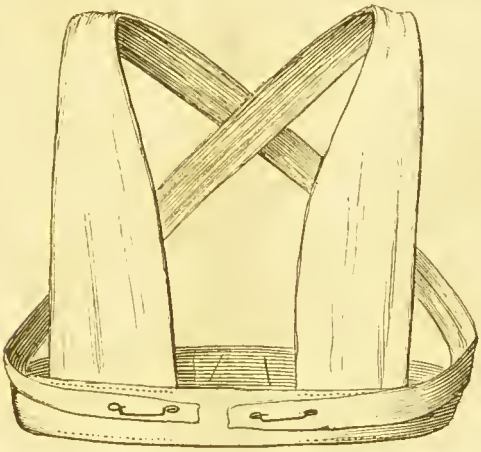


Fig. 15. — Bandage mammaire.

ment diminuées, et il est rare qu'une femme soit à cause d'elles obligée d'abandonner la nourriture de son enfant.

La téterelle pourra être employée d'une façon constante pendant les dix à quinze premiers jours, ou mieux une fois sur deux tétées pour le même sein. Après cessation, on en reprendra l'usage, aussitôt qu'on verra apparaître de nouvelles gerçures.

Dans l'intervalle des tétées on appliquera sur

le sein des compresses imbibées d'alcool, recouvertes d'un taffetas gommé.

Si on est appelé à soigner des gerçures anciennes et profondes, le glycérolé de tannin, et au besoin quelques cautérisations au crayon de nitrate d'argent, combinées soit avec la téterelle, soit dans les

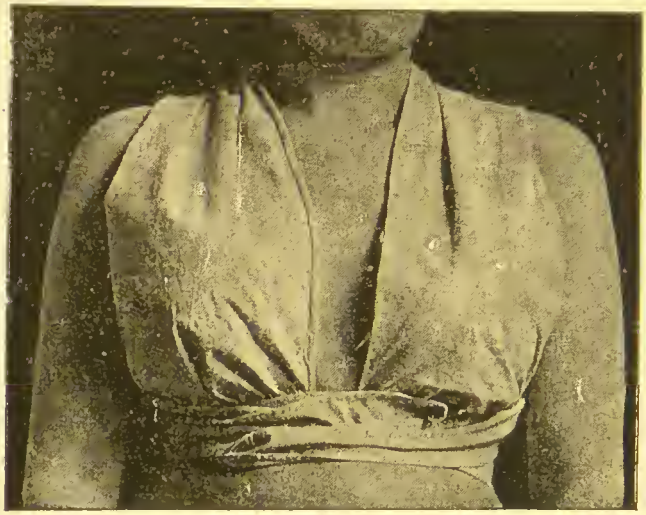


Fig. 16. — Bandage mammaire appliqué.

cas graves avec la cessation de l'allaitement momentanée ou définitive, seront le meilleur traitement à instituer.

Quant aux abcès du sein, qui ne sont autres qu'une manifestation locale de la septicémie, on n'attendra pas, comme le voulait Gosselin, leur ouverture spontanée, mais aussitôt que le pus sera nettement collecté on les ouvrira, en les drainant à l'aide d'un trocart droit ou courbe suivant les cas, et on fera

par la suite de nombreux lavages antiseptiques, en continuant à la surface un pansement boriqué. Il sera bon pendant leur évolution de soutenir le sein à l'aide d'un bandage approprié : celui que représentent les figures 15 et 16 répond parfaitement à ce but; l'appui qu'il fournit à la glande malade est plus doux et plus uniforme que celui donné par un simple bandage.

Les abcès du sein nécessitent temporairement ou définitivement la cessation de l'allaitement.

Les difficultés de l'allaitement peuvent provenir de l'enfant lui-même, ou parce qu'il est trop faible (naissance prématurée), ou parce qu'il a un vice de conformation (bec-de-lièvre), ou, enfin, parce qu'il est paresseux, apathique. En pareil cas on est parfois obligé de procéder à une nourriture artificielle, en faisant, à l'aide de la téterelle, ou d'une cuillère, couler du lait dans la bouche, ou en ayant recours au gavage.

Indication de cesser l'allaitement commencé. — Cette indication peut naître de la mère ou de l'enfant.

Mère. — Toute maladie aiguë grave (rhumatisme, fièvre typhoïde, diphtérie, fièvre éruptive, etc.), survenant dans le cours de l'allaitement en nécessite l'interruption. — L'enfant sera éloigné si l'affection est contagieuse, et confié à une nourrice, à moins qu'on veuille tenter les chances d'un allaitement artificiel ou par un animal. — Dans les cas de courte maladie (embarras gastrique, grippe, septi-

cémie légère), l'allaitement sera continué, ou ne sera que momentanément suspendu.

Enfant. — Pour savoir si la mère peut suffire à l'allaitement, il faut consulter l'état de l'enfant et en particulier : 1° son augmentation de poids ; 2° ses garde-robes. — Quand l'augmentation est pendant le premier trimestre de 20 à 25 grammes par jour en moyenne, et quand les garde-robes sont jaunes, la mère est bonne nourrice, et peut continuer à allaiter en toute sécurité. — Quand au contraire l'augmentation est nulle (parfois même il y a diminution), quand les garde-robes sont vertes, diarrhéiques, accompagnées d'érythème, l'allaitement par la mère ne saurait être continué, et après avoir essayé l'acide lactique ou l'eau de Vichy (voir *Athrepsie*), s'il n'y a pas une amélioration sérieuse, il faudra changer l'allaitement et avoir recours à une nourrice.

Tous les moyens employés pour modifier ou activer la sécrétion mammaire de la mère (cataplasmes chauds, faradisation, etc.), n'ont qu'une influence très contestable et sont inutiles à tenter.

Hygiène de l'allaitement. — En plus des précautions hygiéniques ordinaires, il en est quelques-unes de spéciales à la femme qui allaite :

La nourriture se composera de préférence de féculents (haricots, lentilles, etc.).

Boissons : vin, bière si elle plaît au goût. La bière a une réputation galactagogue peut-être méritée. Usage modéré du thé, du café et des liqueurs.

S'abstenir d'ail, d'asperges, oignons, carottes, dont les principes passent dans le lait et impres-

sionnent désagréablement l'enfant. Même abstention pour la salade, les choux.

La plupart des médicaments toxiques administrés à la nourrice, passant dans le lait en proportions variables, peuvent être dangereux pour l'enfant et causer des accidents; aussi, faudra-t-il éviter de les faire prendre à la mère à moins de nécessité absolue. L'hydrate de chloral semble cependant être parmi les calmants sans inconvénients pour l'enfant. Ce passage des médicaments dans le lait a permis de traiter l'enfant par l'intermédiaire de la mère, en donnant, par exemple, le mercure contre la syphilis. C'est ainsi également qu'un remède populaire consiste à donner de la tisane de riz à la mère quand l'enfant a la diarrhée pour le constiper, ou réciproquement la tisane de lin ou d'orge pour obtenir l'effet contraire.

Pendant l'allaitement, les rapports conjugaux, de même que toute excitation génitale sont défavorables à la sécrétion mammaire, outre qu'ils exposent à la conception, et par là à la diminution et disparition du lait; néanmoins, il serait difficile de les empêcher complètement.

Les bains tièdes, courts, sont sans inconvénient ; il en est de même de l'usage de l'eau froide, de l'hydrothérapie, chez les femmes qui en ont l'habitude.

2° ALLAITEMENT PAR UNE NOURRICE

Les nourrices sont de deux catégories : les unes conservées à domicile, allaitent l'enfant sous la sur-

veillance directe de la mère (*nourrices sur lieu*); les autres emportant l'enfant loin de sa famille, l'élèvent chez elles (*nourrices à distance*).

Le premier mode de nourriture, en dehors des ennuis nombreux que cause l'exigence des nourrices, est aussi bon que l'allaitement maternel; le second, au contraire, où l'enfant n'est plus entouré de l'affection vigilante de ses parents, donne, sauf quelques exceptions, de mauvais résultats.

Le choix d'une nourrice ne peut être fait que par un médecin, lui seul étant capable de se prononcer sur la santé de la femme qu'on choisit.

La nourrice ne doit être examinée qu'au moment où elle sera prise, ou seulement quelques jours avant; pratiquer cet examen pendant la grossesse qui précède l'allaitement, comme cela se fait quelquefois à la campagne, est une faute, car à ce moment, il est difficile de prévoir ce que sera la future nourrice.

A Paris, le choix d'une nourrice se fait en général dans des maisons spéciales (burcaux de nourrices), où les femmes venant de la campagne avec leurs enfants, s'offrent à l'examen du médecin et de la famille.

Pour un nouveau-né, il faut choisir une personne accouchée depuis deux mois au moins; pour un enfant plus âgé, une femme dont la date de l'accouchement se rapproche autant que possible de celui de la mère.

Les multipares sont préférables aux primipares, parce qu'elles sont plus habituées aux soins à donner aux enfants, parce que l'organisme est plus aguerri aux fatigues de l'allaitement, et parce qu'enfin la

sécrétion lactée est moins sujette à variation ou à cessation prématurée. Chez une multipare, on aura en outre les renseignements fournis sur les allaitements antérieurs, qui pourront être un précieux guide.

La nourrice doit avoir autant que possible, de vingt-cinq à trente-cinq ans, ce qui ne veut pas dire qu'au delà de ces limites, et particulièrement en deçà, il n'en existe pas de bonnes.

Constitution robuste, teint brun plutôt que blond, caractère doux, mine avenante, dents au complet.

Le pays natal n'a qu'une faible importance, les races n'étant plus distinctes comme autrefois.

Les antécédents héréditaires seront soigneusement interrogés au point de vue de la *tuberculose* et de la *folie*.

Dans les antécédents personnels, on devra surtout rechercher la *tuberculose* et la *syphilis*. L'auscultation pour la première maladie, l'examen de la gorge, des ganglions du cou, de l'aine, des organes génitaux si on a quelques doutes, et si la femme le permet, pour la seconde, permettront d'être renseignés à leur égard.

L'auscultation cardiaque et au besoin l'examen de l'urine indiqueront l'état du cœur et des reins.

Il sera bon également de pratiquer par la paroi abdominale la palpation de l'utérus, pour s'assurer si la régression est bien complète, de s'informer en outre si toute perte blanche ou sanguine a cessé ; mais les nourrices se prêtent de très mauvais gré à cet examen, et on sera le plus souvent obligé d'y renoncer.

L'enfant de la nourrice sera complètement désha-

billé, et examiné, surtout au niveau de la région génito-anale, pour voir, s'il n'y a ni érythème (signe de mauvaise digestion), ni trace de syphilis.

Enfin, et je termine par là, car c'est l'examen le plus important, on verra les *seins :* volume, conformation du mamelon, développement de la glande, quantité de lait.

Souvent, le médecin est sollicité par les parents d'examiner le lait de la nourrice, ou à l'œil nu, alors qu'il a été extrait dans une cuillère ou avec divers instruments (microscope, lactoscope, lacto-butyromètre, saccharimètre, lacto-densimètre, etc.); on est même prié parfois de le goûter. Ces différents moyens qui séduisent l'esprit par leur apparence de précision, ne donnent pas de résultats sérieux en pratique et il est inutile d'y avoir recours.

Le lait ne se juge que par la femme elle-même, et par l'enfant qui en est le meilleur réactif.

La nourrice choisie, on lui confiera l'enfant, en réglant l'allaitement comme pour la mère. Il est important, quand il s'agit d'un nouveau-né, que la femme après chaque tétée vide complètement le sein qui vient d'être donné, car ce nouvel enfant, moins développé, ne prend pas autant de lait que le précédent, et si on laisse le surplus stagner dans le sein, la sécrétion pourra se ralentir, et parfois même se tarir, accident fréquent chez les nourrices, quelques jours après leur entrée en place.

Le régime de la nourrice devra se rapprocher autant que possible de celui auquel elle était habituée à la campagne ; éviter l'excès de viande, de boisson alcoolique et excitante, que les paysannes sont sou-

vent heureuses de s'offrir à la ville. Inutile de revenir sur les autres recommandations déjà faites à propos de l'allaitement maternel.

3° ALLAITEMENT PAR UN ANIMAL

On fait prendre à l'enfant directement le pis de l'animal. La vache se prête mal à ce système, mais il n'en est pas de même de l'ânesse, de la brebis, de la chèvre. Ce mode d'allaitement facile à la campagne donne souvent de très bons résultats.

4° ALLAITEMENT ARTIFICIEL

L'allaitement artificiel peut être fait avec le lait de chèvre, de brebis, de jument, de chienne, mais les deux meilleurs et plus fréquemment employés sont ceux d'ânesse et de vache.

Le lait d'ânesse est celui qui par sa composition se rapproche le plus du lait de femme, quant à celui de vache, la facilité avec laquelle on peut se le procurer est le principal élément de son succès.

Le lait d'ânesse s'emploie de préférence pour les enfants débiles, nés avant terme, mais c'est le plus souvent au lait de vache qu'on a recours, et c'est lui que j'aurai en vue par la suite en traitant de l'allaitement artificiel.

Il est prudent de faire bouillir le lait pour le stériliser, et pour le conserver. Cette précaution est surtout utile pendant l'été. Il sera bon après l'ébullition

de diviser la masse totale de lait en une dizaine de flacons qu'on bouchera, et donc chacun sera destiné à une tétée.

Le lait de vache étant plus fort que le lait de femme sera coupé avec de l'eau simple, préalablement filtrée et bouillie, dans les proportions suivantes:

1er mois.....	Lait $\frac{1}{1}$ Eau	Donc.	Eau $\frac{1}{2}$
2e —	$\frac{2}{1}$	—	$\frac{1}{3}$
3e —	$\frac{3}{1}$	—	$\frac{1}{4}$
4e — et suivants. Lait pur.			

On ajoutera à l'eau qui doit servir au coupage 10 p. 100 de sucre, ou une bonne cuillerée à café de sucre en poudre pour 100 grammes. Par l'addition simple d'eau, le lait coupé se trouverait en effet moins riche en sucre que le lait de femme.

Pour faire prendre le lait à l'enfant on se servira de la *timbale*, de la *cuillère* ou du *biberon*.

La *timbale* est mauvaise, car avec elle l'enfant boit trop de lait à la fois. La *cuillère* est meilleure, mais c'est un moyen trop compliqué. Le *biberon* est le moyen le plus communément employé, il n'a qu'un inconvénient, une grande difficulté à être tenu propre. Les modèles de biberon sont excessivement nombreux : le *plus simple est le meilleur*.

Je me sers d'un simple tube en verre, terminé par un tube de caoutchouc, se continuant avec une téterelle (fig. 17).

Cet appareil s'adapte sur un flacon quelconque, et

se fixe dans le goulot de la bouteille, grâce à un bouchon de caoutchouc.

Il faut dix bouteilles de 100 grammes environ, qui au commencement de la journée sont remplies de lait préalablement bouilli (le coupage est fait en les

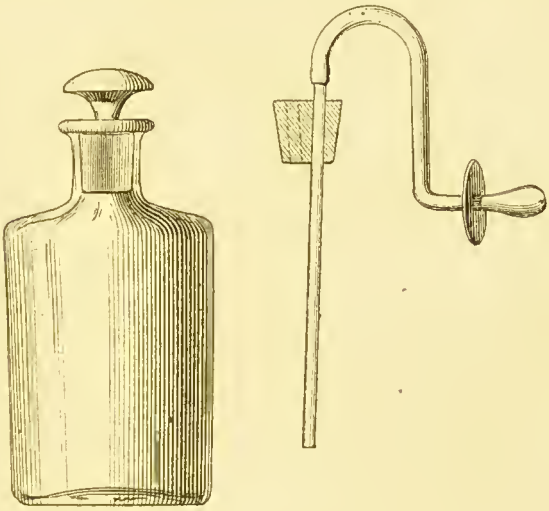


Fig. 17. — Biberon flacon.

remplissant avec de l'eau également bouillie et sucrée. La tétée étant de 100 grammes environ, chaque bouteille suffit à une tétée; à cet effet, après l'avoir débouchée, on enfonce le petit appareil de succion, et on a ainsi un biberon improvisé et momentané.

Le lait qui reste en surplus de chaque tétée est jeté, le petit appareil mobile est lavé à eau simple, et laissé en permanence dans un vase rempli d'eau de Vichy ou simplement d'eau alcalinisée.

D'après la quantité de lait nécessaire pour chaque repas (voir p. 46), il suffit de donner à l'enfant par tétée :

50 grammes les premières semaines;
100 — les trois premiers mois;
150 — à partir du quatrième mois.

Pendant les premières semaines l'excès est laissé par l'enfant dans la bouteille (il faut par contre à partir de quatre mois avoir des flacons un peu plus grands et contenant 150 grammes environ au lieu de 100 grammes).

Le nombre et l'heure des tétées se règlent comme dans l'allaitement naturel.

5° SUCCÉDANÉS DU LAIT. — ALLAITEMENT MIXTE

Les différentes préparations qu'on a essayé de substituer au lait naturel, ou de donner conjointement à lui, alors qu'il est insuffisant (allaitement mixte), sont :

Le *lait concentré* ou *lait suisse*, sorte de sirop épais obtenu par la dessiccation partielle du lait, et auquel il suffit d'ajouter une certaine quantité d'eau pour reconstituer le lait naturel (très en vogue en Angleterre);

La *crème de Biedert* et la *farine lactée de Nestlé*, préparations dans lesquelles le lait concentré entre pour la plus grosse part;

Le *potage Liebig*, très usité en Allemagne, est une préparation dans laquelle on s'est efforcé de réunir artificiellement les principaux éléments du lait.

L'*arrow-root* (fécule retirée dans l'Inde, de la racine du Maranta indica); le *racahout* (mélange de cacao, sucre, vanille, fécule de pommes de terre, farine de riz); le *sagou* (fécule extraite de la tige du sagoutier), sont employés comme le tapioca, en potages.

Parmi les *potages*, il convient de signaler : le *bouillon*, les *panades*, les *biscottes* (pain de choix desséché et grillé), et enfin la plupart de ceux connus dans l'art culinaire.

Toutes ces préparations, parmi lesquelles je n'ai cité que les principales, ne peuvent suppléer au lait de femme, ni même au lait naturel d'ânesse ou de vache; elles ne devront pas être employées pendant les premiers mois de la vie, malgré les quelques succès mentionnés ci et là; mais à une époque plus avancée, on pourra combiner leur usage avec celui du lait, dont ils deviendront l'heureux adjuvant, constituant ainsi l'allaitement mixte.

6° DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ALLAITEMENT SEVRAGE.

La durée totale de l'allaitement peut être fixée en moyenne à dix-huit mois ou trois semestres.

Premier semestre : Semestre lacté. — L'enfant pendant les six premiers mois prendra exclusivement du lait. Tout autre aliment, étant mal digéré, lui est pernicieux.

Deuxième semestre : Semestre féculent. — Pendant le second semestre, c'est-à-dire de six à douze mois, tout en continuant l'usage du lait, on donnera à l'enfant soit du bouillon, soit des biscottes, soit des panades, soit des potages lactés à l'arrow-root, au sagou; on tentera successivement ces diverses préparations jusqu'à ce qu'on ait trouvé celle qui convient le mieux au nourrisson (une à deux par vingt-quatre heures).

Troisième semestre : Semestre azoté. — Les aliments azotés ne sont jusqu'ici entrés que pour une très faible part dans l'alimentation de l'enfant. A partir de cette époque, c'est-à-dire de un an, il convient, tout en continuant les aliments des deux semestres précédents, et notamment l'usage du lait, de leur faire une plus large part sous forme de potages gras, d'œufs, de pain trempé dans du jus de viande, de viande très finement hachée.

A la fin du troisième semestre, c'est-à-dire à dix-huit mois, tantôt avant, tantôt un peu après, on procédera au *sevrage*, c'est-à-dire à la cessation de l'allaitement, soit en éloignant la mère ou nourrice pendant quelques jours, soit en appliquant sur le mamelon une solution d'aloès ou de gentiane, de la moutarde ou quelque substance amère, de manière à dégoûter l'enfant du sein. — A la place des tétées, on fera prendre un peu d'eau sucrée, puis bientôt de l'eau pure. — La femme qui sèvre n'a d'autre précaution à prendre que de recourir pendant quelques jours à des laxatifs, et d'exercer une légère compression sur les seins avec un bandage de corps.

IV

PATHOLOGIE

SOMMAIRE

IV. Pathologie. . . . . .
1. Coryza.
2. Cyanose. — Œdème et sclérème. — Hypothermie.
3. Ophtalmie.
4. Mammite.
5. Impetigo et eczéma (gourmes).
6. Muguet.
7. Vomissements.
8. Diarrhée. — Constipation.
9. Erythème.
10. Athrepsie.
11. Choléra infantile.
12. Ictère.
13. Convulsions. — Eclampsie infantile.
14. Mort subite.

1° CORYZA

L'inflammation de la muqueuse nasale ou coryza, amène chez le nouveau-né une gêne de la respiration, dont les deux inconvénients principaux sont de troubler le sommeil et surtout l'allaitement,

l'enfant ne pouvant plus respirer, alors qu'il a le mamelon dans la bouche.

Traitement. — Révulsion cutanée (bains) et intestinale (purgatifs). Injections dans le nez de liquide astringent (sulfate de cuivre $\frac{1}{30}$) ou caustique (nitrate d'argent $\frac{1}{300}$). Introduire dans les narines avec un pinceau du glycérolé de tannin. Enlever les mucosités à l'aide d'une petite seringue terminée par un tube de caoutchouc, dont l'extrémité pénètre dans la narine.

2° CYANOSE, ŒDÈME ET SCLÉRÈME, HYPOTHERMIE

La cyanose et l'œdème des nouveau-nés sont caractérisés par les symptômes suivants : quelques jours après la naissance, chez les enfants faibles, nés avant terme et le plus souvent pendant la saison froide, la température centrale s'abaisse et sous l'influence de cette hypothermie, la circulation se ralentit, la cyanose apparaît, accentuée surtout aux extrémités du corps. A un second degré, l'œdème vient s'ajouter à la cyanose, et les petits membres présentent à ce moment les trois symptômes caractéristiques de cet état : le refroidissement, la cyanose et l'œdème.

Quand, à ce trouble sérieux de la circulation, vient se joindre l'altération nutritive produite par l'athrepsie, les tissus se durcissent et l'œdème se transforme en *sclérème*.

Traitement. — Faciliter la circulation en réchauf-

fant l'enfant : ouate, boules d'eau chaude, bains chauds, de préférence la couveuse.

3° OPHTALMIE

Le plus souvent trois à cinq jours après la naissance, les paupières, d'un côté d'abord, puis des deux côtés, commencent à gonfler. La tuméfaction est rapide, en quelques heures l'enfant ne peut plus écarter leurs bords libres : si l'on essaye de produire cet écartement, il s'échappe une sérosité légèrement jaunâtre, qui à peine écoulée se reforme rapidement. Le gonflement augmente, devient considérable, du pus remplace la sérosité. Bientôt la cornée se prend, se perfore, l'œil se vide et, au milieu de ces désordres parfois foudroyants, la destruction s'arrête seulement, alors que l'œil est complètement perdu : l'inflammation se calme et une cicatrisation plus ou moins lente vient mettre fin aux accidents.

A côté de cette forme grave, il en est une bénigne, dont l'aspect clinique, et très vraisemblablement la nature, diffèrent. Trois ou quatre jours après la naissance, sans gonflement des paupières, on voit un peu de muco-pus s'accumuler à l'angle externe ou aux deux angles des paupières. L'enfant continue à ouvrir les yeux. Quelques lavages antiseptiques faibles amènent la guérison en six à huit jours.

La forme grave, d'origine microbienne, est due à la présence du gonococcus de Neisser, inoculé le plus souvent au moment de la naissance, par suite de vaginite maternelle. — La nature de la forme bénigne est encore mal établie.

Traitement. — I. *Forme légère de l'ophtalmie.* — Lavages toutes les deux ou trois heures avec une solution boriquée à 4 p. 100 (rarement il sera nécessaire d'avoir recours aux cautérisations).

II. *Forme grave de l'ophtalmie.* — a. *Traitement préventif.* — 1° Epargner à l'enfant toute cause de contamination (injections vaginales chez la mère. Isolément des enfants atteints d'ophtalmie. Dans un hôpital, personnel spécial pour donner les soins, etc.); 2° à la naissance instillation dans l'œil d'une goutte de solution de nitrate d'argent à 1/50 (répéter cette instillation, si l'on craint une nouvelle contamination après la naissance).

b. *Traitement curatif.* — 1° Badigeonnages biquotidiens avec une solution de nitrate d'argent au 1/20 ou au 1/50 suivant la gravité des cas; 2° lavages toutes les deux ou trois heures (au moment de chaque tétée) avec une solution boriquée à 4 p. 100 ; 3° compresses imbibées d'eau boriquée chaude (50 degrés) pendant l'intervalle des lavages et cautérisations.

4° MAMMITE

Un gonflement de la mamelle, analogue à celui qui survient au moment de la puberté, se produit souvent peu de temps après la naissance, exceptionnellement il aboutit à la suppuration.

Traitement. — Cataplasmes imbibés de solution boriquée. Eviter de comprimer les glandes pour en faire sortir le contenu, ce qui est une cause d'irritation et quelquefois de suppuration. S'il y a formation d'abcès, ouverture au bistouri.

5° IMPETIGO ET ECZÉMA

L'impétigo et l'eczéma du cuir chevelu, vulgairement désignés sous le nom de *gourmes*, sont fréquents chez le nouveau-né.

Un préjugé assez répandu veut qu'on n'oppose à ces éruptions aucun traitement, sous peine de déterminer de graves accidents. Pareille abstention ne peut être que fâcheuse.

Traitement. — Faire tomber les croûtes à l'aide de cataplasmes; ordonner ensuite des lotions alcalines (bicarbonate de soude $\frac{1}{20}$), sulfureuses (eau d'Enghien, de Barèges, etc.), ou à la liqueur de Van Swieten au quart (bichlorure de mercure $\frac{1}{4000}$).

6° MUGUET

Le muguet caractérisé par le développement d'un végétal parasite, l'*oïdium albicans*, se localise de préférence dans la bouche.

On reconnaîtra le muguet aux petits grains blanchâtres adhérents, qu'à l'examen de la bouche, on découvrira de préférence au voisinage des bords de la langue et de la face interne des joues. — La langue de l'enfant est souvent recouverte de petits caillots de lait qu'on ne confondra pas avec le muguet, à cause de leur faible adhérence. — La stomatite ulcéro-membraneuse est facilement reconnaissable à ses ulcérations. — Dans les cas douteux, le microscope révélant la présence des spores et filaments de l'*oïdium albicans* lèverait les doutes.

Le muguet est tantôt *idiopathique*, c'est-à-dire se développant chez un enfant en bonne santé, sa gravité est alors faible; tantôt et plus souvent il est *symptomatique* et survient dans le cours d'affections graves, dont l'athrepsie est la principale; le pronostic en pareil cas devient sérieux.

TRAITEMENT

Collutoire { Borax / Miel rosat } parties égales.

pour laver trois fois par jour les parties malades.

Une cuillerée à café d'eau de Vichy toutes les deux tétées, pour alcaliniser le tube digestif, la muguet ne se développant que dans un milieu acide.

7° VOMISSEMENTS

Les vomissements chez le nouveau-né se montrent sous trois variétés principales : — tantôt à la suite d'une tétée surabondante, ils ne sont que le rejet du trop-plein stomacal; — tantôt produits par l'ingestion de lait mal supporté (lait de vache, lait altéré), ou d'aliment autre que le lait, dont le résultat est l'irritation de l'estomac; — tantôt, enfin, ils sont caractérisés par la présence du sang, *hématémèse*, due soit à une véritable hémorrhagie des voies digestives (de la bouche à l'estomac inclusivement), soit le plus souvent à l'ingestion de sang provenant d'une crevasse du mamelon maternel.

Dans le premier cas, le vomissement est quasi physiologique et n'a aucune importance; — dans le

second, s'il est unique, il constitue une simple indigestion; s'il est répété, il conduit à l'athrepsie dont il sera question plus loin; — dans le troisième, le pronostic varie suivant l'origine du sang, de nulle gravité quand la source est maternelle, sérieux au contraire quand la provenance est le tube digestif de l'enfant.

8° DIARRHÉE, CONSTIPATION

La *diarrhée* est tantôt momentanée, tantôt prolongée. *Momentanée*, son importance est à peu près nulle, elle est le résultat d'une simple indigestion. *Prolongée*, elle indique un trouble marqué dans les fonctions digestives, et fait partie du syndrome athrepsie.—Certaines diarrhées spéciales puisent leur gravité dans leur cause productrice, celle du choléra par exemple, qui sera étudiée plus loin.

La *constipation*, dont se préoccupe beaucoup l'entourage du nouveau-né, est rarement un symptôme maladif. Cependant quand elle est trop marquée, il est hygiénique, pour maintenir le bon fonctionnement de la digestion, de la combattre, soit par la bouche (sirop de chicorée 1 à 2 cuillerées à café, une pincée de carbonate de magnésie ou magnésie anglaise dans le lait), soit par le rectum (lavements simples ou glycérinés, suppositoires simples au beurre de cacao).

9° ÉRYTHÈME

L'érythème du nouveau-né est constitué par une série de taches rouges, qui se développent ordinaire-

ment à la face interne des cuisses, et tout au pourtour des régions génito-anales ; on le désigne souvent sous le nom d'*intertrigo*.

Cet érythème survient quelquefois chez des enfants bien portants, alors que les soins de propreté locale sont négligés, ou au contact de linges trop rudes, mais, la plupart du temps, il est le compagnon de la diarrhée chronique et s'observe dans le cours de l'athrepsie.

Traitement. — Eviter toute humidité au niveau des régions atteintes. Dans ce but, changer fréquemment les couches de l'enfant et recouvrir la peau malade avec un mélange à parties égales de poudre de lycopode, talc, et sous-nitrate de bismuth. — Baigner l'enfant, mais ne pas frotter les parties malades. — On a également conseillé de coucher l'enfant, auquel on ne laisse qu'une brassière, dans un berceau rempli de son, en le protégeant par une couverture, les excréments sont ainsi émis dans le son et on évite leur contact avec la peau.

10° ATHREPSIE

(α, privatif; τρεφω, nourrir).

L'athrepsie comprend l'ensemble des modifications, qui surviennent dans l'organisme de l'enfant, quand la nutrition est troublée sérieusement. — Son évolution parcourt trois périodes :

Dans la *première*, le fait initial et principal est la modification des garde-robes, qui, au lieu d'être jaunes et homogènes, sont d'abord parsemées de gru-

meaux blancs, puis de stries verdâtres, pour devenir bientôt complètement vertes ou bien liquides. L'enfant est inquiet, agité, il pleure souvent, il demande le sein plus fréquemment, mais la quantité de lait, qu'il prend à chaque fois, est inférieure à la normale.

Si le trouble digestif continue, la maladie arrive à sa *seconde* période. Les selles, tout en conservant leur coloration verte, se multiplient, elles ont une odeur forte et repoussante. L'enfant a des régurgitations laiteuses, souvent même de véritables vomissements. La bouche est envahie par le muguet ; la peau des fesses et de la face interne des cuisses se couvre d'érythème, dont l'aggravation est progressive. L'enfant tette mal, sans entrain, il a peu d'appétit; souvent à l'examen de la bouche on trouve, outre le muguet, de petites ulcérations siégeant sur la voûte palatine. La température est tantôt normale, tantôt augmente de 1 à 2 degrés. L'amaigrissement est notable, le corps devient flasque, l'enfant se flétrit. Des cris aigus, presque continuels, indiquent un état de souffrance prononcée. Les os du crâne se rapprochent et les sutures qui les séparent diminuent de largeur.

Dans une *troisième* et irrémédiable période, il y a aggravation de la plupart des symptômes qui précèdent. L'appétit est complètement perdu, toutefois les garde-robes diminuent de fréquence, il se produit à cet égard une apparence trompeuse d'amélioration, due simplement au ralentissement de toutes les fonctions. La respiration est profonde et pénible. La température du corps est abaissée et la circulation

affaiblie comme à l'approche de la mort. Le corps se dessèche de plus en plus, la peau s'applique au squelette grâce à la fonte et disparition progressive des tissus intermédiaires, la face se ride et prend en miniature l'aspect de celle d'un vieillard. L'enfant se cadavérise lentement et quitte la vie dans un coma progressif, parfois interrompu de quelques convulsions.

La marche de l'affection peut être lente, *chronique*, ou au contraire, rapide, *aiguë ;* elle prend, dans ce dernier cas, un caractère de gravité spéciale.

Causes : — *prédisposantes*, faiblesse congénitale, coryza, syphilis, toute malformation gênant la nutrition (bec-de-lièvre, etc.) ; — *déterminantes*, mauvaise nourriture de l'enfant, ou (défaut de quantité) parce que la nourrice est insuffisante, ou (défaut de qualité) parce que le lait donné à l'enfant est autre que celui de femme, ou enfin parce que les succédanés du lait. qu'on lui fait prendre, amènent les troubles digestifs, dont la prolongation constitue l'athrepsie.

Traitement. — Le meilleur traitement préventif et curatif consiste à donner à l'enfant une bonne nourrice, et à régler l'allaitement ainsi qu'il a été dit à l'examen de cette question (voir p. 44).

Après choix d'une bonne nourrice ou sinon du meilleur lait possible, il faudra d'une part remédier à la diarrhée, d'autre part remonter l'organisme affaibli.

Contre la diarrhée, deux espèces de diarrhée :

L'une due à un simple trouble de la digestion, sorte d'indigestion chronique, *réaction acide des*

selles. — Traiter par les *alcalins :* une à deux euillerées à café d'eau de Vichy ou de solution alcaline ou d'eau de chaux à chaque tétée.

L'autre causée par la présence d'un bacille spécial, *réaction neutre des selles.* — Traiter par les *acides.* Le meilleur est l'acide lactique, qu'on donne en solution à $\frac{2}{100}$, une euillerée à café un quart d'heure après chaque tétée.

Compléter au besoin le traitement par l'administration de lavements au sous-nitrate de bismuth ou à l'amidon.

Contre l'affaiblissement. — Emploi de la couveuse, des bains chauds, de tous moyens, en un mot, susceptibles de réchauffer l'enfant. En cas de dépression notable, faire prendre avant chaque tétée une à deux euillères à café de bouillon de bœuf frais, fait sans légumes et privé de graisse, et après chaque tétée dix à vingt gouttes de vieux cognac mélangé à un peu de lait. — Le *gavage*, qu'on a préconisé en pareil cas, de même que pour les enfants prématurés, est une méthode encore à l'étude, et dont les avantages paraissent contestables.

11° CHOLÉRA INFANTILE

Il existe chez le nouveau-né trois variétés de choléra :

Le choléra épidémique ou asiatique ;

Le choléra sporadique ou simple ;

Une diarrhée cholériforme, désignée à tort par quelques médecins sous le nom de choléra, et qui

n'est autre qu'une forme grave de l'athrepsie aiguë.

Quelle que soit la variété, le pronostic est presque toujours fatal, malgré le traitement employé, néanmoins on tentera de réchauffer l'enfant artificiellement (couveuse) et on lui administrera toutes les demi-heures une cuillerée à café de la potion suivante :

Sous-nitrate de bismuth. . . .	4	grammes.
Sirop de coings	30	—
Eau-de-vie	20	—
Eau	60	—

12° ICTÈRE

Il existe chez le nouveau-né deux variétés d'ictère, l'un simple, hémaphéique, constant à des degrés divers et bénin, il en a déjà été question page 25 ; l'autre sérieux, résultat de la pénétration par la veine ombilicale jusqu'au foie (phlébite ombilicale) d'un agent infectieux, qui amène une hépatite d'origine vraisemblablement microbienne et la mort de l'enfant.

Tout traitement curatif est inutile dans les deux cas, car il est sans nécessité dans le premier, et sans efficacité dans le second. — Traitement préventif de la forme grave : antisepsie du cordon et de l'ombilic.

13° CONVULSIONS, ÉCLAMPSIE INFANTILE

Les accès convulsifs sont aussi fréquents chez le nouveau-né que les syncopes chez l'adulte, et ils

peuvent également être mortels; le résultat varie avec la cause génératrice.

Au point de vue étiologique, on doit distinguer deux variétés de convulsions :

Les unes, dépendant d'un état pathologique nettement défini (méningite, tumeur cérébrale, hémorrhagie des méninges, pneumonie, fièvre éruptive, érysipèle, etc.).

Les autres, justiciables d'une cause passagère et accidentelle (ingestion d'aliments indigestes, de poison, vers intestinaux, impression rapide de froid, brûlure, piqûre d'épingle, rétention d'urine, corps étrangers dans l'oreille, ou dans le nez, compression par un bandage du testicule retenu à l'anneau et pris pour une hernie, hémorrhagies amenant une anémie notable, dentition ?). C'est cette seconde classe de cas qu'on désigne sous le nom d'éclampsie infantile.

Dans le premier cas, le pronostic est généralement sérieux, et en rapport avec la gravité de la maladie; le traitement n'est autre que celui de la cause même.

Dans le second, le pronostic est le plus souvent bénin, l'accès convulsif sera calmé par l'administration d'un bain chaud, ou l'enveloppement de linges chauds, et la cause éloignée quand elle peut être déterminée et écartée.

14° MORT SUBITE

C'est le plus souvent à la suite de convulsions que se produit chez le nouveau-né la mort subite, amenée

par la cause même de l'accès convulsif; mais elle peut survenir également comme conséquence d'un spasme de la glotte, d'une congestion cérébrale, à la suite, par exemple, d'une violente colère, ou enfin comme résultat d'une syncope ; l'autopsie, négative en tous points, oblige à admettre ce simple arrêt du cœur, dont la pathogénie reste, d'ailleurs, vague dans le cas actuel.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Accidents de la dentition, 30.
Allaitement, 41.
Allaitement artificiel, 63.
Allaitement maternel, 41.
Allaitement par un animal, 63.
Allaitement par une nourrice, 59.
Athrepsie, 76.

Bains et grossesse, 11.
Balances pour le nouveau-né, 20.
Bandage mammaire, 55, 56.
Berceau, 39.
Biberon flacon, 65.

Calendrier obstétrical, 4.
Ceinture abdominale, 9.
Chambre du nouveau-né, 39.
Choléra infantile, 79.
Circulation du nouveau-né, 24.
Coliques, 34.
Colostrum, 45.
Corset de grossesse, 9.
Coryza, 69.
Constipation du nouveau-né, 75.
Convulsions, 80.
Cordon, pansement et chute, 25.
Couveuses, 36.
Cris, 33.
Cyanose, 70.

Dentition, 26.
Dentition et sevrage, 30.
Dents caduques et permanentes, 26.
Desquamation épidermique, 32.
Diarrhée du nouveau-né, 75.
Digestion du nouveau-né, 30.

Eclampsie infantile, 80.
Eczéma, 73.
Eruption dentaire; schéma, 29.
Erythème, 75.

Fatigue et grossesse, 10
Fausse couche, 10.
Furfur épidermique, 32.

Globules de lait, 46.
Graphique des pesées, 23.
Grossesse, hygiène, 9.

Hydrothérapie et grossesse, 10.
Hypothermie, 70.

Ictère, 80.
Ictère hémaphéique. 31.
Impetigo, 73.
Injection et grossesse, 11.

Lait, composition, 45.
Lever après l'accouchement, 12.

Maillot, 34.
Mamelle, structure, 43.
Mammite, 72.
Méconium, 31.
Montée du lait, 47.
Mort subite du nouveau-né, 81.
Muguet, 73.

Nourrices, 59.

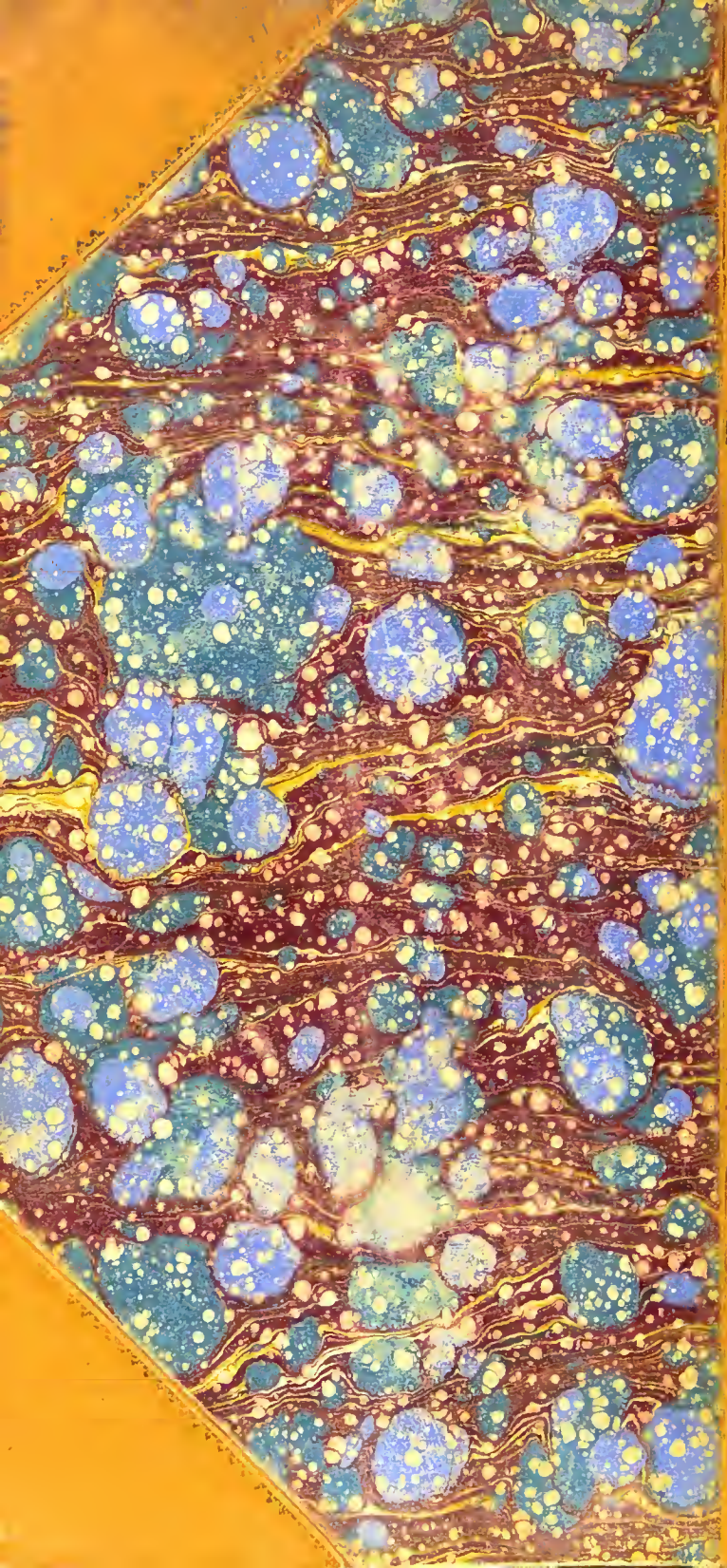
Œdème, 70.
Ophtalmie, 71.

Peau du nouveau-né, 31.
Pèse-bébés, 20, 22.
Phénomènes cutanés, 31.
Poids du nouveau-né, 17.
Poudre pour l'enfant, 35.
Purgatifs et grossesse, 10.

Respiration du nouveau-né, 24.

Sclérème, 70.
Selles du nouveau-né, 31.
Sevrage, 68.
Sommeil, 33.
Sortie après l'accouchement, 13.
Sorties du nouveau-né, 40.
Strabisme, 33.
Succédanés de lait, 66.

Température de l'enfant, 36.
Température du nouveau-né. 24.
Tétées, réglementation, 50.
Téterelle biaspiratrice, 54.
Toilettes du nouveau-né, 55.

Vaccination, 40.
Vêtements du nouveau-né, 34.
Vomissements et grossesse, 10.
Vomissements du nouveau-né, 74.
Vue du nouveau-né, 33.

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY